

DIRECTIVES PROPRES A ORIENTER
Les Caisses d'Assurances Sociales
dans
Leur Rôle en Médecine préventive

Monographie exécutée sous la direction de l'Institut Régional d'Hygiène de Nancy

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1936

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHAVAROT (Maurice-Pierre-Gabriel)

Diplômé d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Nancy
Pharmacien
Licencié ès Sciences

né le 26 février 1906, à Vaucouleurs (Meuse)

Examinateurs de la Thèse : { MM. PARISOT, Professeur Président.
PERRIN, Professeur }
MELNOTTE, Agrégé } Juges.
CHALNOT, Agrégé }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage
1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DIRECTIVES PROPRES A ORIENTER
Les Caisses d'Assurances Sociales
dans
Leur Rôle en Médecine préventive

Monographie exécutée sous la direction de l'Institut Régional d'Hygiène de Nancy

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1936

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHAVAROT (Maurice-Pierre-Gabriel)

Diplômé d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Nancy

Pharmacien

Licencié ès Sciences

né le 26 février 1906, à Vaucouleurs (Meuse)

Examinateurs de la Thèse : { MM. PARISOT, Professeur Président.
PERRIN, Professeur }
MELNOTTE, Agrégé } Juges.
CHALNOT, Agrégé }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage
1936

UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen: M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, $\star$, I $\star$; WEISS, O $\star$, I $\star$;
BOUIN, O $\star$, I $\star$; ANCEL, $\star$, I $\star$; GARNIER, $\star$, I $\star$; MACÉ, $\star$, I $\star$;
P. PARISOT, O $\star$, I $\star$; DUFOUR, $\star$, I $\star$.

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\star$.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, $\star$, I $\star$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\star$.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. FRUHNHOLZ, O $\star$, I $\star$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\star$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\star$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\star$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\star$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\star$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\star$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, I $\star$, A $\star$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\star$.
Bactériologie et parasitologie médicale	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$.
Thérapeutique	N.
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, $\star$, I $\star$. M. WATRIN, $\star$, I $\star$.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I $\star$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, I $\star$, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I $\star$, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A $\star$, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, $\star$, I $\star$, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\star$, ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, $\star$, I $\star$, ch. du c. ag. l.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\star$, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, I $\star$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, I $\star$, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur. M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MERKLEN, A $\star$.	MM. POURSINES.	MM. GUILLEMIN, A $\star$.
FLORENTIN, A $\star$.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL, $\star$, I $\star$.
BODART.	MUTEL, $\star$, I $\star$.	DROUET, I $\star$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A $\star$.	SIMONIN, A $\star$.
WOLFF, A $\star$.		

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, $\star$, I $\star$; S. RÉMY, I $\star$; BUSQUET, I $\star$;
BINET, $\star$, I $\star$; BARTHÉLEMY, $\star$, I $\star$; LAMY, $\star$, I $\star$.

M. E. TRIBOLET, I $\star$, Secrétaire.



(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES PARENTS

A MA FEMME

Ma collaboratrice.

A MES ENFANTS

A MES AMIS

A mon Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR JACQUES PARISOT

Commandeur de la Légion d'honneur
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Membre du Comité permanent d'Hygiène de la S. D. N.
Professeur d'Hygiène et de Médecine sociale.

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR MAURICE PERRIN

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique médicale

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MELNOTTE

Officier de la Légion d'Honneur
Médecin commandant des hôpitaux militaires
Professeur agrégé d'Hygiène

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

Professeur agrégé de chirurgie.

A M. LE DOCTEUR JACQUES HAMEL

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chargé de cours de Clinique des maladies mentales

AVANT-PROPOS

La bonne fortune d'être inscrit très jeune à l'Université m'a permis de la fréquenter, avec interruptions, pendant quatorze années avant la trentième de ma vie et c'est au terme de cette longue période estudiantine que j'évoque avec reconnaissance le souvenir de mes Maîtres du début : ceux de la Faculté de Pharmacie et de la Faculté des Sciences.

Quelques loisirs, la curiosité, et aussi la certitude de retrouver l'amitié d'anciens compagnons ayant pris des titres dans cette faculté, m'ont amené dans la longue filière des études médicales que je termine avec un travail de prévention.

S'il est vrai qu'un bienfait n'est jamais perdu, j'en fournirai la preuve en rappelant que c'est l'aide modeste apportée à un ami dans la recherche de sa documentation pour un travail de Médecine Sociale qui m'a conduit à connaître l'Office d'Hygiène de Meurthe-et-Moselle où j'ai senti dès le premier contact un accueil chaleureux dans une maison pleine d'une activité dont le rôle humanitaire et la conception modèle m'ont enthousiasmé.

J'aurai l'occasion de décrire au long de cet ouvrage une partie, bien petite, de cette organisation privilégiée de l'Hygiène Sociale de Meurthe-et-Moselle que

certain critiquent parce qu'ils l'envient. Auparavant, je veux dire plus.

S'il est difficile d'ajouter un hommage à ceux qui furent déjà rendus dans le cadre national et international à M. le Professeur Jacques PARISOT, il m'est un agréable devoir de lui témoigner la reconnaissance due à un grand chef.

L'estime dans laquelle ses collègues étrangers que j'ai eu l'honneur de rencontrer tiennent le représentant de la doctrine médico-sociale française égale l'admiration qu'ont pour lui les membres de l'Organisation internationale d'Hygiène. Ces démonstrations spontanées rendent fier un élève qui, dès le premier jour, a été conquis par la loyauté, la largeur des vues et de l'esprit, la calme puissance et l'activité raisonnée d'un Maître franc mais aussi diplomate, autoritaire, mais toujours bienveillant, type du « patron » dont tous les collaborateurs se considèrent avec ferveur comme des disciples enthousiastes.

L'Académie de Médecine vient de reconnaître ces qualités appréciant sans doute en même temps les remarquables ouvrages d'endocrinologie qu'a publiés le Professeur PARISOT et les travaux cliniques qui furent siens, en phtisiologie particulièrement.

Pendant longtemps, M. le Professeur PARISOT a lutté contre le plus grand fléau social, côte à côte avec M. le Professeur PERRIN qui, dans la chaire de médecine qu'il occupe aujourd'hui, n'oublie pas les tuberculeux pour lesquels il s'est dévoué sans ménagements à l'hôpital Villemin.

Médecin social, le docteur PERRIN l'était quand il dispensait ses soins dans un des plus pauvres quartiers de Nancy, quand, chef de clinique, il étudiait la démographie et les ravages de la bacillose à Nancy.

L'activité qu'il apporte depuis vingt-cinq ans à la Société des Habitations à bon marché montre comment il entend porter remède au taudis dont il a décrit si vigoureusement l'influence à ses cliniques des maladies tuberculeuses.

Appelé à un nouvel enseignement, ses premières paroles furent pour nous montrer notre rôle social et moral. Je garde sa leçon inaugurale comme un code d'honneur et de déontologie.

Je me permettrai d'ajouter qu'il souligne par l'exemple l'agrément d'une culture étendue, alliant intimement chez le médecin la science philosophique et l'art de guérir.

Il me semble que les rapports du pharmacologue au pharmacien ne sont pas le seul motif de la paternelle bienveillance que M. le Professeur PERRIN ne cesse de me témoigner et je lui suis reconnaissant de sa confiance.

M. le Professeur MELNOTTE incarne l'association féconde de la Clinique, du Laboratoire et de l'Hygiène. Son inaltérable amabilité rivalise avec sa facilité à exposer en un langage aussi attrayant qu'ordonné les questions les plus ardues de la bactériologie et de l'épidémiologie indigène ou coloniale.

J'ai souvent envié la puissance de travail qui lui permet de passer avec une telle aisance des attributions d'un spécialiste militaire de haute valeur à celles

du conférencier le plus doué pour l'enseignement. Dans l'une ou l'autre circonstance, il est à la fois le soldat : c'est-à-dire le devoir ; le médecin, c'est-à-dire l'abnégation ; le chercheur, c'est-à-dire la probité scientifique.

C'est au nom de l'amitié que j'ai demandé au Professeur Agrégé CHALNOT de bien vouloir être le juge de cette thèse. Sa culture générale et ses brillantes études lui permettront de ne pas être seulement un aîné bienveillant, mais aussi un critique averti dans des questions qui, si elles ne touchent pas de très près la chirurgie, et ne sont pas comme elle curatives et radicales, n'en sont pas moins conservatrices du capital santé.

M. le professeur CHALNOT est doué d'un sens artistique trop développé et d'une sensibilité trop vibrante pour ne pas arrêter son esprit en face des problèmes qui se posent avec angoisse devant la gêne d'une humanité qui se débat contre la douleur et la misère, domaines du médecin et du sociologue étroitement associés.

Pour l'étude de la misère humaine dans l'état lamentable où peut sombrer un individu, l'Asile est une rude école quand, par la voix d'un aliéniste qui soutient la nature organique des maladies mentales, on apprend la fréquence des étiologies syphilitiques, alcooliques et bacillaires. La ténacité avec laquelle le docteur HAMEL a créé et organisé le laboratoire auquel j'ai l'honneur de collaborer depuis trois ans est, avec ses travaux sur l'hérédo-syphilis et bien d'autres encore, le témoin de l'ardeur qu'il apporte à

enseigner à ses nombreux disciples, le danger des maladies sociales qui conduisent à l'internement.

Aux maîtres qui ont bien voulu me guider et m'aider dans l'élaboration de cette thèse inaugurale, à ceux qui acceptent de l'argumenter, à ceux de la faculté et des hôpitaux qui se sont dévoués à ma formation scientifique, qui se sont spécialement intéressés à moi, et je n'aurai garde d'oublier ici l'accueil que m'a réservé M. le Professeur COLLIN en m'ouvrant son laboratoire où j'ai retrouvé l'amitié du Professeur Agrégé FLORENTIN, j'adresse avec respect, l'expression de mes sentiments de vive gratitude.

M. GARÇOT, secrétaire de l'Office d'Hygiène et M^{lle} DE BOURGES ont fourni leur contribution à cette thèse. Je les en remercie vivement, mais encore plus pour l'appui généreux qu'ils m'ont apporté dans d'autres circonstances.

Le travail que je présente utilise une partie de la grosse documentation que j'ai dû recueillir sur les Assurances Sociales. J'ai frappé à bien des portes et j'ai reçu partout un accueil d'autant plus aimable qu'il était réservé à un envoyé du Professeur PARISOT

M. TIXIER, chef de la Section des Assurances Sociales au Bureau International du Travail et ses collaborateurs se sont chargés en quelques jours de m'instruire sur les détails du fonctionnement des A.S. dans la plupart des Etats. Le charme de ses conversations a rendu encore plus claires les précisions qu'il m'a fournies. Les entrevues avec ses collaborateurs de toutes nationalités ont expliqué les textes et les rapports relatifs à différentes nations.

Que tous soient vivement remerciés pour leur cordialité et leur inlassable patience à répondre à d'innombrables questions.

J'adresse une mention spéciale au docteur PRYLL, médecin à la Section des Assurances sociales du Bureau International.

A Prague, je fus émerveillé par les travaux du Professeur PELC, dans sa section de l'institut d'Hygiène de l'Etat et par la conception de la Médecine Sociale qu'il enseigne à l'Université de Charles.

Je fus instruit des Assurances Tchèques par le Docteur BRJESKY, médecin chef de l'Institution Centrale d'assurances et par M. SCHRAMECK.

Mon moindre souvenir n'est pas celui des immenses usines de Zlin et de l'inégalable service médico-social de la firme Bata.

L'amabilité française ne fut pas en reste sur la courtoisie étrangère ou genevoise lorsque je demandai avis et documents à :

M. YUNG, directeur de la Fédération Nationale des Caisses départementales.

M. GRIMALD, directeur de l'Union des caisses de la Région Parisienne.

Pendant de longues heures, j'ai visité et étudié les services médicaux du docteur BERNIER, le service des cures et placements du docteur GODARD et le service social général que dirige M. COHEN au sein de la Caisse Interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise, immense et puissante machine au mécanisme si bien réglé par un grand organisateur et un grand démocrate, M. Marcel MARTIN.

Un long échange de vues avec le docteur FORESTIER, conseil de l'Union de la région parisienne a été des plus fructueux.

J'ai vu M. le docteur CIBRIE et le docteur HILAIRE, de la Confédération des Syndicats médicaux français, a bien voulu m'exposer personnellement la Charte des médecins français qu'il soutient depuis longtemps et préciser la collaboration qu'apporte aux A.S. le corps médical.

C'est à ce corps médical que j'appartiens dorénavant, je veux en maintenir les traditions et j'espère m'y faire quelques amis, aussi sûrs que ceux que j'y compte déjà.

INTRODUCTION

Il ne faudrait pas chercher dans cet ouvrage un inventaire de la prévention réalisée dans le domaine des A.S. Le travail n'a pas été dirigé dans ce sens. Il ne s'agit pas non plus d'un plaidoyer en faveur de l'orientation des Caisses vers la Médecine sociale.

Des voix plus autorisées que la mienne se sont fait entendre: « *les assurances sociales doivent être conçues dans un esprit de large utilisation, orientées très nettement vers la conservation, la récupération même minime du capital santé, c'est-à-dire d'un capital social. Elles doivent donc viser à étendre leur action dans tous les domaines et par tous les moyens que la médecine sociale désigne à leurs efforts* ».

(J. PARISOT, 1930. Les A.S. en France. Ce que l'on en doit craindre et espérer).

A la même époque, le docteur CHAUVÉAU a rapporté sa loi dans le même sens et des centaines d'auteurs, en France seulement, ont de 1928 à 1933 fait valoir dans des articles, en général de vulgarisation, les bénéfices que la santé publique pouvait retirer d'une bonne orientation de la loi.

La voix du sénateur STRAUSS l'a porté jusqu'à l'Académie de médecine,

Depuis 1932, sont apparus des comptes rendus et même une thèse (M^{lle} Christiane PELOUX), sur le début d'application de cette prévention dans le cadre assurantiel.

Il semble qu'aujourd'hui, ceux qui considéraient la loi Chauveau comme une loi d'assistance donnant un minimum de prestations strictement curatives à des gens nécessiteux aient à peu près disparu.

La croisade n'est plus à prêcher, il faut dire comment se mettre à la besogne efficacement.

Comme le titre l'indique, il s'agit dans cet ouvrage d'exposer quelques directives propres à guider les Caisses dans leur action en médecine préventive. Alors, pourquoi une première partie toute d'exposition des travaux déjà effectués en France et à l'étranger ? Pourquoi donner des directives puisque la prévention marche déjà ?

La France s'est trouvée une des dernières grandes nations européennes à instituer les Assurances sociales et je n'épiloguerai pas sur les avis de ceux qui prétendent qu'elle aurait dû s'en abstenir encore bien longtemps. Un fait semble certain après cinq ans de fonctionnement du système : avec un mauvais instrument, la loi, et malgré des oppositions difficilement réductibles, les administrations des Caisses, unités élémentaires d'application, ont réalisé avec l'aide médicale, une machine qui marche assez bien.

Pour l'élaboration du régime général d'assurances, le législateur avait à sa disposition les documents fournis par le Bureau International du Travail sur

les régimes d'assurance étrangers et les exemples des différents pays.

Pour puiser les directives sur le rôle des institutions d'assurance en médecine préventive et en hygiène sociale j'ai cru bon d'utiliser les mêmes sources d'information. Des exemples et des citations commentées, constituent il me semble, des directives de valeur, parce qu'éprouvées. J'en ai trouvé les sources à Genève, dans des visites aux institutions étrangères et dans les publications internationales.

Les textes législatifs officiels français avaient à fixer la nécessité de la prévention, ils l'ont fait et ont donné, assez faiblement d'ailleurs, une impulsion en sa faveur. Je dois les citer et les analyser puisque, au reste, l'action individuelle ou concertée des organismes d'application doit se faire dans le cadre de la loi et des actes officiels tendant à la compléter et à la modifier.

Comme des faits étrangers, les Caisses peuvent aujourd'hui puiser quelque moralité des efforts déjà entrepris en France, dans le cadre général des Caisses départementales, dans le groupe urbain et compact des caisses de la région parisienne, enfin dans le seul département de Meurthe-et-Moselle, déjà formidablement outillé au point de vue sanitaire avant 1930.

Le système de collaboration pratiqué à Nancy est une expérience décisive dont les leçons doivent être tirées puisque, la solution ne fait pas de doute à l'heure actuelle, la concentration des efforts, des bonnes volontés, des ressources techniques et financières est le seul moyen de parvenir à un résultat tangible

en matière d'hygiène sociale et de lutte contre les maladies qui déciment et amoindrissent la nation.

J'éviterai soigneusement les différentes doctrines tendant à faire passer la mécanique générale des A.S. à l'Etat, à la Mutualité; chacun possède des arguments comme en possèdent le Corps Médical jaloux de ses prérogatives et de son indépendance, les Caisses, gens qui paient et prétendent utiliser les avantages afférents à cette charge, les assurés qui cotisent et en veulent pour leur argent.

Il semble actuellement qu'aucun ne doit se plaindre en France où le régime est plus libéral que n'importe où ailleurs. Les médecins, fortement organisés à la discussion de la loi ont obtenu sur les caisses, inorganisées, les avantages de libre choix, de paiement direct et de respect de leurs prérogatives professionnelles et déontologiques qu'on ne retrouve dans aucun pays et sur lesquels le Parlement n'a pas pu prendre, comme il aime à le faire, le moyen terme entre deux tendances.

Les assurés ont en France les prestations au moins égales à celles des étrangers, et cela pour des cotisations en général plus faibles. Qu'ils s'en persuadent, le paiement direct, même avec ticket modérateur est pour eux la garantie du libre choix de leur praticien.

Les Caisses, jusqu'à présent, ont fait face aux dépenses dans le système du libre choix, du paiement direct, du traitement libre, de la prescription, théoriquement économique, mais pratiquement libre, et du contrôle bienveillant tant des praticiens que des malades. Leurs seules exigences sont la collaboration du

médecin et de l'affilié, la compréhension par la masse des principes fondamentaux de l'assurance et la nécessité de ne pas être prises pour des sources d'abondance.

Les bonis qu'elles destinaient à l'armement sanitaire du pays et aux mesures de prévention en faveur de leurs membres viennent de leur être retirés et la situation de leurs finances devient à partir de maintenant très délicate, sans préjuger des échéances dans quelques années.

Si des mesures draconiennes devaient être prises, les intransigeants d'aujourd'hui, les récriminateurs contre l'administration et le contrôle, et ceux qui abusent (je les espère rares) se frapperaient la poitrine et porteraient la responsabilité du préjudice général. Ils seraient en tous cas les derniers à accepter la disparition des institutions qu'ils critiquent.

C'est donc en respectant toutes les situations acquises que la dernière partie de ce travail donnera sans prétention aucune, quelques idées sur les voies et moyens dans lesquels il est possible de s'engager pour pratiquer selon la circulaire ministérielle du 28 juillet 1931 une prévention *qui paye* tout en étant efficace au maximum, en un mot, une *prévention économique*, c'est-à-dire *nécessaire, appropriée et strictement suffisante*.

PREMIÈRE PARTIE

DIRECTIVES PRÉCONISÉES
OU SUIVIES JUSQU'A PRÉSENT

CHAPITRE PREMIER

LES DIRECTIVES

DANS LES TEXTES LÉGISLATIFS FRANÇAIS

1° Loi primitive

Bien pénétré déjà de la nécessité indiscutable de voir les A.S. collaborer très activement à l'amélioration de la S.P., le rédacteur de la loi du 5 avril 1928 laissait percer cet esprit : organiser le dépistage précoce des maladies pour les mieux combattre ou, le cas échéant, en prévenir le développement, la complication, l'aggravation.

Les germes se trouvent dans les quelques lignes des :

ART. 4. § 9. — *Indemnités spéciales pour soins préventifs et cures.*

ART. 9. § 6. — *Visites prénatales et consultations de nourrissons.*

Dans le texte du 30 avril 1930 à quelques modifications de l'article 4 s'ajoutait le paragraphe 2 autorisant tous les cinq ans un *examen de santé*.

Laissons-lui sa valeur indicative à côté des premières directives données aux Caisses de s'engager librement dans la voie de la prophylaxie.

De plus, la circulaire ministérielle du 1^{er} décembre 1932 sur la mise en application de l'assurance invalidité spécifié dans le paragraphe 10, 4^e alinéa: *les dispositions de la présente circulaire prévue pour la prévention de l'invalidité pendant les six premiers mois de la maladie devront être appliquées pendant les cinq premières années de l'invalidité !*

Les mesures de prévention de l'invalidité font l'objet de l'article 3 du règlement d'administration publique de 1930.

2° Les modifications de 1935

Les indications de 1930 sont conservées dans le décret-loi du 30 octobre 1935.

L'article 6 du décret-loi relatif aux prestations maladie entérine l'existence des établissements préventifs:

§ 14. *L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la Caisse dont il reçoit les secours de maladie, ou ayant passé des contrats avec elle.*

§ 16. *L'assuré ou l'ayant droit dont l'état nécessite des soins préventifs reçoit s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus, des prestations spéciales.*

Le paragraphe 17 du même article reproduit la loi primitive en accordant *tous les cinq ans, à l'assuré malade ou non, à son conjoint et aux enfants à sa charge, la faculté de se soumettre à un examen de santé. L'extension à la famille est louable.*

Mais le délai est incontestablement trop long et le *peut* aurait dû depuis lors être changé en un *doit* qui n'aurait pas ruiné les caisses.

Je reviendrai à la fin de ce travail sur la valeur de cet examen de dépistage. Le moment n'est pas encore venu d'épiloguer sur les avantages..., puisque le délai de 5 ans n'a même pas été réduit.

Je pense même qu'il y a lieu de protester contre l'article 46 de l'avant projet de règlement intérieur des caisses (type) préparé le 1^{er} mars 1936, aux termes duquel: *l'assuré qui désire bénéficier pour lui, son conjoint ou ses enfants d'un examen de santé à l'art. 6, 17, du décret, doit adresser une demande spéciale à la caisse, qui apprécie:*

1° *S'il n'a pas subi un examen de ce genre depuis moins de cinq ans.*

2° *Si son état justifie cet examen.*

Il serait intéressant de connaître comment la caisse et quel employé de la caisse pourra dire si l'état du demandeur justifie l'examen.

Cette formalité préalable supprime toute valeur à la visite préventive.

Par contre, l'art. 64 du même projet, par l'obligation des visites prénatales et les articles relatifs à l'allaitement et aux consultations de nourrissons est une belle arme pour la protection de l'enfance, en rappelant en matière d'assurance maternité, le paragraphe 17 de l'article 9 du décret-loi laissant obligatoires, sous peine de déchéance aux prestations en argent: *les visites pré et postnatales ainsi que la fré-*

quentionation des consultations maternelles et de nourrissons.

L'article 30, paragraphe 7 du même décret montre aux caisses leur intérêt en même temps que leur devoir :

« En vue de réduire les dépenses ultérieures de l'assuré et notamment de l'assurance invalidité, les Caisses peuvent, après avis du Ministère de la S.P. et autorisation du Ministre du Travail, créer ou subventionner des œuvres d'intérêt commun, telles que : œuvres de maternité et d'enfance, dispensaires et autres institutions ou établissements d'hygiène sociale et de prophylaxie générale, colonies de vacances, établissements de prévention et de cure, sanatoriums, maisons de convalescence et de retraite, œuvres de placements dans les établissements de cure ou de prévention.

Les dépenses engagées à ce titre, même lorsqu'elles comportent des acquisitions immobilières ne sont pas considérées comme des placements.

Les Unions peuvent également consentir des prêts à des collectivités ou établissements visés au paragraphe 1^{er} de l'article 33 (départements, communes et syndicats) de même nature que celles énumérées au premier alinéa du présent paragraphe ».

Dans le chapitre des dispositions communes à l'assurance maladie et à l'assurance invalidité, le règlement d'administration publique du 19 mars 1936 précise les propositions précédentes, en les rendant obligatoires :

Art. 28 du règlement d'administration publique,
§ 1. — *La Caisse d'assurance maladie doit, dans la mesure de ses ressources prendre toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité pendant la période de maladie, sous réserve des ententes à intervenir par application de l'article 10, paragraphe 2 du décret-loi du 28 octobre 1935.*

Ces ententes peuvent intervenir entre l'Union Régionale, les Caisses maladies et les Caisses d'invalidité en vue de la prévention de l'invalidité et du partage des dépenses.

Le paragraphe 2 précise que les soins de prévention: *peuvent être d'un commun accord entre ces organismes, dispensés par la Caisse d'assurance maladie, à charge du remboursement d'une partie des frais par l'organisme à qui incombe la charge de l'assurance invalidité.*

Il est facile de traduire comme suit la pensée enfermée par le législateur dans les quelques données officielles qu'on vient de lire.

La prévention est un devoir pour les Caisses.

La prévention est une sauvegarde et une économie pour les Caisses.

La prévention est un droit pour l'assuré.

La prévention est un devoir pour la mère assurée ou conjointe.

Cette prévention peut et doit porter à des degrés divers sur :

La prophylaxie par l'hygiène générale.

La prophylaxie appliquée contre les maladies de toutes sortes.

La prophylaxie spéciale contre les fléaux sociaux.

La prophylaxie immédiate de l'invalidité.

Au point de vue de la santé publique, ces actions qui se pénètrent sont toutes également intéressantes.

Au point de vue de l'économie des Caisses et dans le cadre de leurs possibilités légales et financières, il semble que *la prévention ou le recul de l'invalidité* soit une question primordiale. Il semble que ce soit aussi l'action que les textes législatifs aient visée tout spécialement en fixant, à défaut de directives techniques, au moins la répartition des charges afférentes.

La prévention des assurés contre les *fléaux sociaux* est intimement liée à celle de l'invalidité permanente et du moins temporaire, les maladies dites sociales étant à la base de la plupart des déchéances précoces de l'individu.

Le Docteur GODARD l'a magistralement exposé, pour la tuberculose surtout dans *Le Médecin Conseil* de janvier 1934.

Si nous avons séparé les deux titres c'est parce que la prévention de l'invalidité s'applique obligatoirement à des assurés malades, tandis que la lutte contre les grandes maladies sociales s'applique facultativement à des individus non malades, prédisposés par leurs antécédents personnels, héréditaires, et par leur écologie, à devenir des malades onéreux, des invalides précoces ou des morts prématurés.

En s'y attachant, les Assurances Sociales, économisent des prestations importantes, évitent le versement de rentes considérables, se conservent des assurés sains, dont les cotisations sont nettes et qui, au

surplus, préparent une génération plus nombreuse de futurs participants bien portants.

Les *maladies de toutes sortes* doivent être triées, et ne pouvant s'attaquer à toute la pathologie, l'assurance a le droit de choisir et de financer l'action contre ce qui lui coûte le plus cher, à charge par elle de le déterminer suivant sa clientèle locale ou régionale et les maladies qui sévissent le plus fort sur son budget.

Plus encore que dans les actions générales, c'est ici que les Caisses d'A.S. auront besoin de données précises, de statistiques, de conseils, de directives éclairées, sinon impératives.

Dans la contribution que l'institution nationale des A.S. peut apporter à *l'équipement sanitaire* envisagé même sous la seule forme des travaux d'hygiène générale, les argentiers des Caisses doivent être guidés et conseillés.

A ce seul point de vue, de la *bonification nationale*, les Ministres du Travail et de la Santé Publique ont cru utile de demander l'avis de spécialistes qualifiés. Leur documentation fait l'objet du rapport remis le 2 mai 1934 au Ministre du Travail par M. le Professeur J. PARISOT sur « *les directives principales aptes à orienter logiquement un plan d'équipement national pour une action sanitaire et sociale rationnelle, coordonnée et efficace* ».

Au reste: *Les buts à poursuivre, l'orientation des travaux à effectuer, les moyens pratiques et économiques de les réaliser*, pour mettre en application le « *plan Marquet* » ont fait l'objet d'un ouvrage par

le même conseiller technique « *Le projet d'équipement national et les A.S.* » (Berger-Levrault 1934).

L'auteur y développe parallèlement l'intérêt d'un programme d'équipement sanitaire, nécessité vitale pour le pays, besoin pour les Assurances Sociales et les possibilités du financement des grands travaux d'hygiène publique par le capital des institutions d'assurance.

La seconde partie de l'ouvrage du Professeur PARISOT est constituée par son rapport au Congrès National des Caisses Départementales d'A. S. en juin 1934, sur lequel je reviendrai très longuement.

Auparavant, il ne faut pas ignorer que la partie des institutions d'assurance aux travaux de *bonification* et à l'outillage sanitaire pose des problèmes nombreux et complexes qui ont été l'objet d'études approfondies et de directives de la part du Bureau International du Travail.

Je crois bon de commencer par l'étude des travaux de Genève et par les enseignements qu'on peut tirer des systèmes et des réalisations des pays étrangers, qui en général, ont précédé la France dans la mise en œuvre de l'assurance obligatoire.

CHAPITRE II

LES DIRECTIVES DE L'ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DANS LE CADRE DES A.S.

Dans son récent ouvrage « autobiographique » (L'organisation internationale du travail et les Assurances Sociales, Genève, 1936), le chef de la section des Assurances Sociales expose comment, née de la carence de l'épargne individuelle, de l'insuffisance de l'assistance, puis de l'assurance libre, l'assurance obligatoire s'est développée sans être arrêtée par la crise économique et après une hésitation de 1931 à 1933, a franchi les limites de l'Europe pour les Amériques, Brésil, Canada, Mexique, Pérou et surtout U.S.A.

« En même temps que s'accomplissait son extension territoriale vers l'universalité, l'assurance sociale obligatoire a vu son rôle s'élargir dans le but d'assurer aux travailleurs une protection de plus en plus complète ».

A ses débuts (il s'agit du cadre international) l'Assurance Sociale se proposait principalement d'attribuer les prestations en espèces à titre de com-

pensation partielle du dommage subi par suite de la disparition ou de la réduction temporaire ou permanente de l'incapacité de gain.

Puis, l'Assurance a mis au premier plan de ses préoccupations toutes les fois que cela a paru possible, la guérison de l'accidenté, du malade ou de l'invalidé et le rétablissement de sa capacité de gain; l'assistance médicale curative a pris alors une place de plus en plus importante.

Enfin, plus récemment, réalisant qu'il vaut mieux prévenir que guérir, l'Assurance s'est orientée vers l'organisation de la prévention des accidents, de la maladie et de l'invalidité en vue de diminuer la charge afférente aux prestations en espèce et d'améliorer les conditions matérielles et morales des collectivités.

Aujourd'hui l'Assurance Sociale obligatoire a donc trois fonctions à remplir: indemnisation, réparation et prévention ».

Par ordre chronologique, on trouve une première mention de la prévention dans les A. S. dans la *résolution* adoptée par la Conférence Internationale du Travail dans sa septième session tenue à Genève en mai et juin 1925.

Cette *résolution générale* sur les A. S. constate les efforts faits en différents pays, et pour permettre à d'autres Etats de s'engager dans la voie de l'Assurance obligatoire avec un minimum de garanties, propose que le B.I.T. continue à centraliser les informations et publie pour chaque pays et pour chaque risque toutes sortes d'indications statistiques sur les systèmes assurantiels nationaux, en particulier :

h) L'emploi des fonds sociaux pour l'amélioration de l'hygiène publique.

i) Les méthodes pédagogiques par l'enseignement et la pratique de l'Assurance Sociale.

Si le *projet de convention* n° 24 sur l'assurance maladie des travailleurs n'a pas de mention spéciale dont la signature par les contractants entraîne expressément un minimum d'action préventive, la *recommandation* n° 29 annexée concernant les principes généraux de l'assurance maladie porte :

II - c) 12 - *La plupart des maladies peuvent être prévenues. Une prévention vigilante permettrait d'éviter une diminution des capacités productives, de rendre disponibles les ressources qu'absorbent les maladies évitables et d'accroître le bien-être matériel, intellectuel et moral des collectivités.*

L'assurance maladie devrait contribuer à faire pénétrer la pratique des règles d'hygiène parmi les travailleurs. Elle devrait comporter des soins préventifs et en faire bénéficier le plus grand nombre d'individus dès l'apparition des signes précurseurs des maladies. Elle devrait pouvoir — d'après un plan d'ensemble coordonnant toutes les activités tendant à ce but — intervenir dans la lutte contre les maladies sociales et pour le relèvement de la santé populaire.

Ce ne sont là que des principes généraux qui semblent évidents aujourd'hui mais qui, il y a 11 ans, constituaient pour les états pratiquant l'assurance une indication nouvelle importante, et pour ceux qui en étudiaient l'instauration, une *directive bien nette*.

Que trouve-t-on d'autre, dans le texte de la loi française votée en 1928 après que notre pays eut signé avec 34 autres états la convention élaborée par le B. I. T. ?

En plus des conventions et recommandations adoptées par la conférence, le B.I.T. a demandé, depuis sa fondation à son comité d'experts en matière d'A.S., des avis sur certains des problèmes essentiels que pose la couverture des risques.

Ayant formé la base des avant-projets de convention ou de recommandation comme celui que je viens de citer, ces avis étaient accompagnées de directives formulées par le *Comités d'experts* d'une part sur l'action curative et préventive des institutions d'assurance maladie, invalidité, vieillesse, décès, d'autre part sur l'organisation économique des prestations médicales et pharmaceutiques de l'assurance maladie.

Je reproduis les deuxième et troisième parties des *principes directeurs de l'action curative et préventive*.

DEUXIÈME PARTIE

PARTICIPATION DE L'ASSURANCE A LA LUTTE CONTRE LES MALADIES SOCIALES

I. — BUT DE LA LUTTE CONTRE CES MALADIES

Le but essentiel de cette lutte est de prémunir le groupe social menacé en organisant la prévention collective : a) par l'action directe, spécifique, dirigée contre l'affection et son siège ; b) par l'action indirecte tendant à la protection de l'environnement du malade, à l'amélioration des conditions d'habitation et d'alimentation, à l'augmentation de la résistance à l'affection.

II. — ÉLÉMENTS DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES SOCIALES

A. — *Dépistage et diagnostic*

Le succès de la lutte contre les maladies sociales dépend, en premier lieu, du dépistage systématique et du diagnostic précoce car il est indispensable de traiter les maladies dès l'apparition des premiers signes de l'affection et de protéger contre l'affection les personnes menacées.

a) *Dépistage*

Collaboration spontanée au dépistage. — La lutte contre les maladies sociales se trouve facilitée lorsque les personnes malades ou menacées se présentent spontanément en vue de l'examen.

Notification des maladies sociales. — Tous les organismes associés à la lutte contre les maladies sociales doivent signaler (en dehors des déclarations rendues, obligatoires par la loi) dans un délai de cinq jours, les cas de décès et les cas de maladies constatés ou soupçonnés.

Examens préventifs des personnes exposées ou suspectes. — En vue de pénétrer jusqu'aux sources de l'affection, il importe d'instituer des examens préventifs des personnes appartenant à l'entourage du malade.

Examens périodiques des groupes sociaux menacés. — Il importe également de procéder à des examens périodiques des groupes sociaux qui sont menacés par leurs conditions de logement, d'alimentation ou en raison de leur profession ou de leur genre de vie, etc...

b) *Diagnostic*

L'établissement d'un diagnostic précoce et complet implique l'utilisation de ressources de laboratoire (examens et analyses bactériologiques, chimiques, microscopiques, sérologiques), de la radiologie, etc...

Le diagnostic médical complété par des indications sociales rend possible l'adoption d'un plan thérapeutique rationnel.

B. — *Thérapeutique*

Les mesures thérapeutiques comportent les traitements et soins de médecine générale et spéciale, l'assistance pharmaceutique et prothétique ; elles sont complétées par l'assistance économique et sociale et par la surveillance post-thérapeutique.

Traitement en dehors d'un établissement fermé. — Le traitement sera donné, en principe, au cabinet du médecin ou au domicile du patient.

Toutefois, pour les malades qui ne peuvent se procurer par ailleurs les soins indispensables et pour les traitements qui exigent des connaissances particulières, des centres de traitement spécialisé sont désirables.

Traitement dans un établissement fermé. — L'hospitalisation doit avoir lieu lorsque la nature ou la gravité de l'affection exige un mode de traitement ou des soins qui ne peuvent être donnés que dans un établissement fermé, lorsque les soins nécessaires et suffisants ne peuvent être fournis aux malades dans son foyer en raison des conditions de famille et de logement, ou lorsqu'il s'agit de défendre les membres de la famille de la contagion.

Assistance économique et sociale. — Les prestations en espèces constituent un facteur important de la lutte contre les maladies sociales, notamment lorsqu'elles permettent de maintenir ou d'améliorer les conditions d'alimentation et d'habitation.

D'autres prestations peuvent être indispensables pour le succès du traitement, notamment les prestations du service social : surveillance de l'exécution des prescriptions du médecin traitant, l'éducation du malade et de son entourage et les prestations de l'assistance professionnelle : facilités en cas de changement d'emploi, réadaptation à la vie sociale et au travail.

Surveillance post-thérapeutique. — Les résultats thérapeutiques obtenus doivent être consolidés par l'admission dans des maisons de repos, par la surveillance périodique et les visites de contrôle, par l'éducation des convalescents et de leur famille.

C. — *Prévention*

Le dépistage systématique et le diagnostic précoce qui permettent d'opérer la sélection des sujets dangereux et d'organiser la protection des sujets menacés sont de puissants facteurs de la prévention. Leur application tend à apaiser les inquiétudes des patients qui croient à tort leur santé menacée et à éviter des traitements inutiles.

Prévention en dehors d'un établissement fermé. — La prévention pratiquée en dehors d'un établissement fermé comporte: d'une part, des mesures destinées à empêcher la propagation de la maladie, notamment pour l'éducation du malade, l'amélioration des conditions de logement permettant l'isolement du malade (logement plus spacieux, remise des lits); d'autre part, des mesures devant protéger les individus sains, particulièrement les enfants, contre la contagion par leur éloignement du milieu dangereux (placement familial contrôlé) et par l'accroissement de leur résistance physique.

Prévention dans des établissements fermés. — La prévention dans des établissements fermés s'inspire également des mêmes principes: sélection des sujets dangereux par leur placement dans des institutions d'isolement ou de traitement; protection des sujets menacés et notamment des enfants par leur placement dans des préventoria, stations de montagne, colonies de vacances et par des séjours à la campagne.

III. — LA PART DE L'ASSURANCE DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES SOCIALES

A. — *Principe de la participation*

L'assurance doit, dans l'intérêt du groupe social, dont elle a à préserver la santé, participer à la lutte contre les maladies sociales.

Sa participation doit être active, c'est-à-dire non point limitée à l'octroi des subventions, mais comporter la collaboration du service médical de l'assurance.

Cette participation doit apporter aux bénéficiaires de l'assurance une amélioration et une extension des soins de traitement et de prévention (à moins que ces soins ne soient confiés à un service public généralement accessible).

B. — *Forme de la participation*

La collaboration de l'assurance avec d'autres organismes et œuvres destinées à la lutte contre les maladies sociales, ainsi qu'avec le corps médical, est nécessairement précédée de l'établissement d'un programme commun en vue de coordonner les efforts et d'éviter les lacunes et les doubles emplois.

La réalisation du programme commun peut avoir lieu, soit par une division du travail entre les organismes intéressés, soit par un travail en commun.

Division du travail. — Le programme arrêté en commun est exécuté séparément par divers organismes. L'assurance doit s'efforcer de remédier à l'insuffisance du service médical existant, en se chargeant de remplir tout ou une partie du programme au profit des assurés sociaux.

Travail en commun. — Le programme arrêté en commun est également exécuté en commun. L'exécution est confiée à un organisme créé ad hoc, à un organisme déjà existant particulièrement apte à l'accomplissement d'une partie déterminée du programme.

L'assurance ne pourra cependant transférer à d'autres organismes des tâches communes qui lui incombent en vertu de la législation ; pour les autres tâches, elle devra garder une influence directe et active, proportionnelle à l'importance de la population assurée et à l'appui matériel qu'elle donne à l'œuvre commune.

TROISIÈME PARTIE

MESURES GÉNÉRALES

I. — DÉVELOPPEMENT DE L'OUTILLAGE SANITAIRE

Développement de l'outillage existant. — L'assurance apporte au développement de l'outillage sanitaire une contribution indirecte mais très substantielle en permettant et en facilitant aux bénéficiaires de l'assurance la fréquentation des établissements sanitaires. L'assurance pourra cependant participer directement à l'amélioration et à l'extension de l'outillage général, si la valeur technique de cet outillage et son utilisation par les bénéficiaires de l'assurance sont garanties.

Création d'un outillage appartenant en propre à l'assurance. — Il incombe aux pouvoirs publics de pourvoir à la création et à l'entretien d'un outillage sanitaire suffisant en quantité et qualité. Toutefois, lorsque l'assurance se trouve en présence d'un outillage général insuffisant pour répondre à ses besoins particuliers, elle devrait se constituer son outillage propre, doté d'un personnel médical et auxiliaire qualifié et d'un équipement technique perfectionné.

II. — ÉDUCATION EN MATIÈRE D'HYGIÈNE

L'assurance doit contribuer à faire pénétrer la pratique des règles d'hygiène parmi les assurés et les membres de leur famille (hygiène individuelle, hygiène alimentaire, etc...).

Le succès de cette action peut être considérablement influencé par l'attitude et les initiatives des organes responsables

des institutions d'assurance, qui devraient être amenés à comprendre pleinement la très grande importance d'une bonne application des règles d'hygiène et la nécessité d'efforts systématiques pour faire entrer ces règles dans la conscience et les habitudes des masses populaires.

III. — FORMATION MÉDICO-SOCIALE

Pour rendre l'action curative et préventive de l'assurance aussi efficace que possible, il importe de fournir avec la participation des institutions d'assurance, à tous les médecins qui lui prêtent leurs services, l'opportunité et les moyens de recevoir l'instruction systématique sur les tâches et méthodes de la médecine sociale et sur les buts et attributions de l'Assurance Sociale.

Le personnel médical auxiliaire devrait être instruit des problèmes et applications de la médecine sociale et fournir la preuve d'une formation spéciale en vue des fonctions qu'il est appelé à remplir dans le service médical de l'Assurance Sociale.

Il me semble reconnaître dans ces textes l'esprit qui anime tous les travaux de M. le Professeur PARISOT et l'ossature des rapports qu'il a produits en France à maintes reprises et dans des assemblées diverses.

Quoi d'étonnant d'ailleurs puisqu'il a fait partie du Comité d'Experts de l'Organisation Internationale en même temps qu'il est technicien du Comité d'Entente dont je développerai en bonne place le mouvement et le but.

En dehors des documents servant d'instruments de travail aux sessions de la Conférence chargées d'examiner les questions d'A.S. du Bureau, la Section des A.S. du B.I.T. a préparé sur les diverses régimes

d'assurance, des ouvrages techniques contenant une analyse des législations nationales et des résultats de leur application.

Comme l'auteur anonyme du dernier-né des ouvrages du B.I.T. sur « *l'Organisation Internationale du Travail et les A.S.* » le reconnaît lui-même « *la série de ces rapports techniques a rapidement conquis droit de cité dans les centres où s'élaborent les projets législatifs et réglementaires: les administrations nationales et les institutions d'assurance, les comités d'experts chargés des travaux préparatoires, les rapporteurs et même les commissions parlementaires ont pris l'habitude de recourir à ces ouvrages pour se documenter sur les solutions données aux problèmes d'assurance et pour bénéficier des expériences acquises dans les divers pays* ».

La bibliothèque personnelle du directeur de l'Institut d'Hygiène de Nancy possédait évidemment tous les ouvrages du B.I.T. par les attaches genevoises de son propriétaire.

Déjà dans l'important manuel du B.I.T. sur « *l'assurance maladie obligatoire* », on trouve, à l'introduction générale de l'édition française de 1927 « *les tendances actuelles de l'assurance maladie obligatoire* » avec au paragraphe des prestations :

- 1° L'assurance individualise le secours de subsistance qu'elle accorde aux malades incapables de gain;
- 2° L'assurance répare plus qu'elle n'indemnise;
- 3° L'assurance maladie devient familiale; elle protège la famille et non plus l'assuré seul;

4° L'assurance s'attache à la prévention des maladies ;

5° L'assurance organise l'administration des prestations.

Voici les rôles bien définis et le quatrième point se développe sur plusieurs pages (425 et suivantes), énumérant avec l'appui des textes de différentes nations prises comme exemple « *les possibilités très variées d'action préventive offertes aux Caisses maladie* ».

Cette référence à quelques « *législations nationales particulièrement avancées* » est évidemment déjà une directive que j'appellerai « *d'émulation* ».

L'ouvrage de structure identique « *l'assurance invalidité, vieillesse, décès* » paru en 1933 à Genève, fixe dès les premières pages que « *l'assistance médicale la plus vigilante et la mieux individualiste est à elle seule insuffisante à combattre et à prévenir les maladies sociales. Ces maladies dont la tuberculose demeure, pour les classes économiquement faibles, la plus cruelle, appellent une vaste action prophylactique doublée de mesures d'assistance sociale et économique. L'assurance qui a pour mission de protéger l'existence et la santé des travailleurs est inéluctablement associée à la lutte contre les maladies sociales. Elle apporte à cette lutte, agissant de concert avec les autres organismes qui y sont associés (services d'hygiène publique, organisations d'assistance sociale, corps médical), sa contribution propre, curative et préventive, conjuguant comme l'exige la nature chronique des maladies sociales, l'intervention médicale et le secours matériel* ».

« L'assurance contribue également au développement de l'outillage sanitaire général. Elle y apporte une contribution indirecte, mais très substantielle, en permettant et en facilitant aux bénéficiaires de l'assurance la fréquentation des établissements sanitaires. Sa contribution directe est plus grande encore: devant l'insuffisance de l'outillage général, quantitative et qualitative, absence ou création prématurée de certains types d'établissements, tarif prohibitif pour les assurés sociaux de certains établissements spécialisés, l'assurance est, dans un grand nombre de pays, entrée dans la voie de se constituer un outillage propre, comblant ainsi des lacunes et complétant l'outillage sanitaire général.

Le chapitre II développe sur 60 pages les règles de la participation de l'assurance invalidité à la lutte antituberculeuse.

Pathologie individuelle:

Types d'infection.

Pathologie sociale:

Mortalité (avec statistiques de différentes nations).

Conditions sociales (famille - revenu - logement).

Dépistage:

Déclarations obligatoires.

Collaboration spontanée des malades, dépistage préventif.

(Examen des individus suspects, des groupes sociaux menacés).

Organisation du dépistage.

Rôle des A. S.

Diagnostic :

- Rôle du médecin traitant.
- Diagnostic médical.
- Diagnostic social.
- Participation de l'assurance à l'organisation du diagnostic.

Thérapeutique :

- Cure libre.
- Cure surveillée.
- Etablissements fermés.
- Assistance économique et sociale.
- Surveillance post-thérapeutique.
- Participation de l'assurance.

Prophylaxie :

- Prévention en dehors des établissements fermés.
- Prévention dans les établissements fermés.
- Participation de l'assurance à la prévention.

Le même schéma se développe, très complet pour :
les maladies rhumatismales,
le cancer,
les maladies vénériennes.

Dans chaque rubrique se lisent des directives précises, propres à être portées en toutes lettres dans les règlements intérieurs des Caisses et dans le memento des médecins conseils et contrôleurs.

Le chapitre III traite des *Mesures générales de lutte contre les maladies sociales*. Trois gros points qui sont tout un programme à longue et difficile exécution.

- Développement de l'outillage sanitaire.
- Placements à fins sanitaires.
- Education en matières d'hygiène.

Les arguments qui étaient les conseils donnés les rendent impératifs, choisissons au hasard :

« Dans l'exécution hygiénique, il ne s'agit pas de populariser certaines expériences thérapeutiques, de favoriser les procédés des guérisseurs et de donner une sorte d'enseignement paramédical ».

« L'action éducative doit, dans l'intérêt de sa pénétration, être fortement décentralisée, mais sa direction doit être unique et obtenue par le concours de tous les facteurs et organismes intéressés (dont suit une liste précise) ».

« Dans tous les régimes d'assurance comportant des prestations en nature, la participation de l'assurance à l'éducation hygiénique rentre dans le cadre normal des institutions d'assurance ».

En matière d'investissements ou de secours financiers... *« Le logement sain étant un facteur capital dans la lutte contre les maladies sociales, c'est la construction d'habitations ouvrières qui représente le principal placement à fins sanitaires.*

...« L'affectation d'une fraction plus ou moins importante des sommes disponibles à longs termes à des œuvres, sociétés coopératives ou entreprises ayant pour but la construction d'habitations à bon marché et l'amélioration du logement des assurés ».

Dans le même paragraphe, on trouve une liste précise des autres investissements et interventions de l'assurance, susceptibles d'améliorer les conditions d'hygiène et d'assainir le milieu dans lequel vit la population assurée ».

Une règle générale à ne jamais transgresser en matière d'armement : « *L'assurance fait d'abord appel à des établissements sanitaires existants, publics ou privés, sans songer d'emblée à la construction d'établissements particuliers, mais dès que ces établissements existants s'avèrent insuffisants en quantité et en qualité...* ».

...« *et en tenant compte des vœux et besoins de tous les autres organismes attachés à la défense de la santé...* »

.....
« *Tout en s'inspirant de leurs besoins particuliers, les Caisses d'assurance ne perdent pas de vue l'intérêt général... combler les lacunes... éviter les doubles emplois. Procéder rarement seul, mais en consultation dans les cas d'espèce ou en collaboration à longue échéance : dans le cadre local, départemental, régional ou même national...* »

Je me défends de reproduire une à une toutes les indications précises contenues dans ce gros livre vert du B.I.T., mais je me laisse entraîner, découvrant à chaque alinéa, qu'il s'agisse de cure hydrominérale, de conditions d'aide des Caisses pour achat de radium ou d'appareils roentgénélogiques, de l'époque limite où les affections rhumatismales doivent être saisies pour être arrêtées sur le chemin de l'invalidité, des règles d'attributions des prestations complémentaires aux tuberculeux, etc., une flèche pointée vers un autre alinéa du *vade mecum* de l'assureur prévoyant qui pourrait être écrit en parallèle.

Entre les deux documentations du B.I.T., 1927-1933, des progrès sensibles ont été réalisés dans tous les domaines de l'art médical et de la science prophylactique. Ceci explique l'inégalité d'importance du chapitre spécial « prévention » et l'inégalité des relations que j'en ai faites, aux deux époques.

Dans ces six années, comme d'ailleurs depuis 1933, les législations nationales et les réalisations des systèmes assurantiels ont évolué ; la section des Assurances Sociales du B.I.T. a été informée de tous les progrès, de toutes les publications résultantes qu'elle a groupées dans ses revues périodiques et dans quelques autres ouvrages.

CHAPITRE III

LES ENSEIGNEMENTS ET LES DIRECTIVES

EXTRAITS DES SYSTÈMES D'ASSURANCE

DE DIFFÉRENTES NATIONS

TITRE PREMIER

Moyens d'investigation

Je cite aux références bibliographiques la plupart des livres qui ont été mis à ma disposition, mais la lecture d'ouvrages documentaires conçus sur un plan général ne pouvait pas me donner tous les renseignements dont j'avais besoin.

Un séjour au Bureau International du Travail, l'accueil empressé que j'y ai reçu, les innombrables questions que j'ai posées aux collaborateurs de la section des A.S., et les rapports qui m'ont été confiés, m'ont permis de rassembler une documentation que je rapporte au chapitre suivant.

Malgré ce que ses services ont publié et que j'ai rapidement analysé dans les pages qui précèdent, M. TIXIER, pense que la question de la prévention dans les A.S. n'a été traitée que partiellement en ce sens que, si beaucoup de choses ont été écrites à ce

sujet, peu l'ont été avec les précisions suffisantes pour tracer aux Caisses un chemin signalisé, leur fixant les sommes à verser pour tel fait précis et le processus exact à utiliser pour telle ou telle politique.

A mon désir de limiter mes recherches aux *moyens mis à la disposition des Caisses pour éclairer leur prévention*, le chef de la Section répond que les documents sont rares, et que, en particulier, ni les recueils généraux, ni les ouvrages ou rapports nationaux ne donnent de détails suffisants et encore moins de chiffres différenciés sur les efforts et les résultats.

L'heure de la discussion n'étant pas arrivée, je continue la documentation par le dépouillement des textes, brochures et des rapports étrangers, originaux ou résumés, commentés par le docteur PRYLL pour l'Allemagne et les actuaire du B.I.T.

Dans les exposés nationaux, je serai volontairement très bref en ce qui concerne les systèmes et les données générales de l'Assurance Sociale, n'insistant que sur les articles législatifs en faveur de la prévention, les organisations utilisées et les résultats connus.

TITRE II

L'exemple de quinze nations

Allemagne

Les grandes étapes de l'Assurance Sociale sont :

Maladie (16.800.000 assurés en 1933) :

1883. — Assurance obligatoire, maladie, maternité, des travailleurs de l'industrie et du commerce.

1886. — Extension aux travailleurs occupés dans les entreprises agricoles et forestières.

1911. — Mise en vigueur du code d'Assurances Sociales. Unification des autorités d'assurance ainsi que de la procédure et de la juridiction en matière d'assurance.

1914. — Extension des prestations dues en cas de maternité.

1923. — Extension du champ d'application aux employés de certaines entreprises d'utilité publique (éducation, instruction, assistance sociale) et aux artisans à domicile.

Autorisation donnée aux Caisses maladie d'affecter certaines ressources à la prévention individuelle et générale des maladies.

Invalidité-Vieillesse-Décès: Ouvriers (17.000.000 en 1933) :

1889. — Assurance obligatoire invalidité-vieillesse des ouvriers et des employés dont le salaire ne dépasse pas une certaine limite.

1899. — Extension de l'assurance obligatoire aux salariés agricoles et forestiers.

1911. — Codification des assurances sociales. L'assurance est étendue au risque décès ; le code unifie la structure administrative de l'assurance ainsi que la procédure et la juridiction.

1933. — Réforme du régime des ressources et des prestations tendant au rétablissement de l'équilibre financier.

Employés (3.600.000 en 1933):

1911. — Introduction d'un régime spécial d'assurance obligatoire invalidité-vieillesse-décès pour l'ensemble des employés (antérieurement à 1911, les employés étaient englobés dans le régime général établi en 1889).

1933. — Réforme du régime des ressources et des prestations tendant au rétablissement de l'équilibre financier.

Mineurs (500.000 en 1933):

1923. — Etablissement d'une législation nationale d'assurance obligatoire invalidité-vieillesse-décès des mineurs (antérieurement à 1923, l'assurance des mineurs était du domaine de la législation des pays).

1933. — Réforme du régime des ressources et des prestations tendant au rétablissement de l'équilibre financier.

Dispositions légales en faveur de la prévention

En Allemagne les Caisses maladie furent autorisées par le Code des A.S. de 1911 à employer les ressources *dans le but général de prévention des maladies*. Il était bien entendu que les mesures de prévention admises devaient viser l'ensemble des membres de la Caisse et ne pas tendre à la protection individuelle d'un assuré.

La loi du 19 juillet 1923 a élargi cette autorisation dans deux directions:

a) Il est désormais admis que les ressources des Caisses soient employées en vue de la « prévention générale et spéciale des maladies ».

b) Les Caisses sont autorisées à élaborer des plans en vue de la prévention des maladies de certains assurés.

Les grandes Caisses territoriales et leurs unions font un usage particulièrement large de l'autorisation d'employer les méthodes préventives. Elles interviennent dans tous les domaines de la prévention.

Sous les auspices du B.I.T. paraissait à Genève en 1928 « *Les prestations de l'assurance maladie allemande du point de vue de l'hygiène sociale* » par les docteurs FRANZ GOLDMANN et Alfred GROTHJAHN.

C'est un ouvrage de 220 pages, documenté avec une abondance de chiffres et de statistiques comme seuls les médecins allemands savent les rassembler.

Après avoir tout dit sur la législation de 1883, ses modifications et son application sous le régime Impérial, les auteurs précisent que la constitution du Reich en 1919 a remplacé le système impérial d'assurance considérée jusqu'à la guerre comme une sorte de loi d'assistance, par un système organisé de protection sanitaire. Pour la période de 1884 à 1925 ils détaillent : sortes de Caisses, répartition du nombre, du sexe, de l'âge, de l'incapacité et des dépenses moyennes, par catégorie de salaires, par régions, par professions, service médical et contrôle.

Les chiffres produits montrent l'incontestable *développement indirect* de l'hygiène social par les organes de l'assurance maladie au moyen des prestations de maladie.

L'argumentation est basée sur le principe indiscutable que dans l'assurance maladie sagement appliquée

sur une grande échelle, on dispose d'un nombre suffisant d'experts qualifiés et d'installations techniques pour pouvoir, en temps utile, établir un diagnostic et traiter un malade qui profite de toutes les occasions qui lui sont offertes pour écarter la moindre appréhension relative à son état de santé d'autant plus que le médecin est gratuit et à sa disposition constante. Cet avantage se trouve (1925) à la portée des 3/5 de la population, c'est-à-dire aux 8.500.000 membres du HAUPTVERBAND DURTSCHER KRANKENKASSEN et à leurs familles, toujours nombreuses dans le Reich.

L'ouvrage que je mentionne est entre les mains de tous les spécialistes de l'Assurance Sociale que les chiffres intéressent. La reproduction des données numériques serait sans intérêt ici. Un simple exemple, d'ailleurs postérieur à l'ouvrage des docteurs GOLDMANN et GROTHJALM :

En 1931 : 136 Caisses subventionnent des établissements de bains donnant 2 millions de bains, dont 1.848.771 de nature médicale à 874.000 assurés ; 93.000 dépendants et 28.000 personnes diverses appartenant en général à d'autres Caisses.

En matière d'action directe sur l'hygiène sociale par l'assurance, au moyen du traitement médical et des mesures prophylactiques, voici les dispositions légales extraites du code d'Assurance Sociale du Reich :

Assurance maladie. Assistance aux convalescents. — Mesures destinées à empêcher la mutilation ou l'infirmité en vue de rétablir ou de conserver l'aptitude au travail après la fin du traitement.

Mesures en vue de protéger individuellement contre la maladie les membres de la Caisse.

Utilisation des ressources de ces Caisses pour la prophylaxie de la maladie au moyen de mesures spéciales et générales.

Assurance Invalidité (A. I.) et Assurance des employés privés (A. E.). — Traitement préventif : a) Contre l'invalidité à la maladie (A. I.) ou l'incapacité de travail (A. E.).

b) En vue de rétablir la capacité de travail d'une personne bénéficiaire d'une pension d'invalidité, d'une pension de survivant (A. I.) ou d'une retraite (A. E.).

Mesures générales, en vue de protéger les assurés.

c) L'invalidité prématurée (A. I.) ou l'incapacité de travail (A. E.) ou pour améliorer les conditions sanitaires de la population assujettie à l'assurance obligatoire.

Dispositions en vue d'envoyer les bénéficiaires de pensions d'invalidité (A. I. et A. E.) ou de retraite (A. E.) dans des hospices, des orphelinats ou des institutions similaires.

Mesures en vue du rétablissement économique de personnes bénéficiaires de pensions et de personnes assurées, ainsi que leurs parents à leur charge.

Ces directives ont été récemment modifiées par une Ordonnance du Ministre du Travail du 18 décembre 1934 et la circulaire du 6 septembre 1935 de l'Office des Assurances du Reich, relatives à la *coordination de l'activité des Caisses maladie et des institutions d'assurances invalidité-vieillesse-décès, en matière de prévention des maladies*.

La concentration d'emploi des fonds de prévention doit améliorer leur rendement.

D'après cette nouvelle réglementation, les Caisses ont perdu le droit de disposer de leur ressources affectées à la prévention. C'est l'institution territoriale d'assurance invalidité-vieillesse-décès compétente pour le siège de la Caisse maladie qui peut ordonner à chaque caisse de verser ses ressources à des organismes

déterminés, ou se les faire verser pour en disposer comme bon lui semble; de plus, elle peut obliger chaque caisse, dans certaines conjonctures financières définies, à effectuer ou à verser au titre de la prévention des dépenses additionnelles.

Ainsi en 1935, en ce qui concerne la prophylaxie générale, les Caisses d'Assurances ont offert au front du travail 1.500.000 consultations d'une valeur de deux marcks.

On relève dès 1895 la création en Allemagne de *Comités de collaboration* créés entre les Institutions d'assurances et d'assistance sociale. Le but primordial était la lutte antituberculeuse.

Le Ministère de l'Intérieur du Reich a publié en 1926 les « *directives concernant le rôle que doivent jouer les institutions d'assurance sociale dans la lutte contre les maladies sociales* ».

Les bases autres que médicales ou financières sont toutes de « *collaboration* » entre les Caisses et les centres antituberculeux, sanatoria, hôpitaux et toute une liste de comités et œuvres spécifiquement désignés dont la liste est trop longue.

Si elle intéresse la Caisse maladie, la tuberculose intéresse encore plus l'invalidité, la liaison entre les deux systèmes assurantiels était faite selon la convention conclue à l'Office des Assurances du Reich, le 7 janvier 1920.

Des dispositions plus étroites furent promulguées dans les directives du 27 février 1929, sur l'assistance curative et préventive aux assurés sociaux.

Pour tous assuré, pensionné ou membre de leur famille, dès le dépistage par la Caisse maladie, par son médecin ou par un dispensaire, avis est donné à l'institution *« invalidité qui accorde le traitement pour prévenir ou faire cesser l'invalidité »*.

La règle est formelle *« doit être admis dans un hôpital, sanatorium tout malade souffrant de tuberculose active, s'il y a une chance de guérison ou d'amélioration et en outre, tout tuberculeux dont l'état menace d'empirer rapidement »*.

Les incurables dont l'hospitalisation s'impose dans l'intérêt de leur entourage, sont admis dans des hôpitaux pour tuberculeux ou dans les sections de tuberculose des hôpitaux généraux.

Les malades qui ont terminé le traitement dans un établissement fermé font l'objet d'une surveillance continue; les mesures curatives complémentaires et notamment les réinsufflations leur sont appliquées.

Le dépistage phthisiologique se fait par le service médical des Caisses auquel participent les 9/10 des médecins traitants d'Allemagne au moyen d'un filtrage qui retient en vue d'un examen spécialisé tous les individus suspects ou mauvais et par les dispensaires installés ou entretenus par l'assurance invalidité ou par des institutions de collaboration.

Les rapports officiels et le B.I.T. précisent qu'entre Caisses maladie et dispensaires antituberculeux, le contact est étroit, en dehors même des cas où la déclaration est obligatoire dans certains états allemands.

Je suppose que cette déclaration doit être obligatoire dans toute l'Allemagne de 1936.

Pour fixer un diagnostic précis et poser les indications thérapeutiques, les Caisses d'invalidité allemandes se servent de leurs propres stations d'observation dans les cas où un traitement dans un établissement de cure est proposé, souvent aussi des dispensaires publics, accessoirement des cabinets des spécialistes, à domicile ou dans les hôpitaux.

La lutte antivénérienne est régie dans son ensemble par la loi allemande du 18 février 1927 qui a créé des centres de consultations antivénériennes.

Nombre de ces centres sont la propriété des institutions d'assurances qui subventionnent encore les autres.

Les directives du 27 février 1929 s'appliquant aux maladies vénériennes comme à la tuberculose et aux mêmes personnes, l'action des Caisses invalidité-vieillesse-décès, s'étend même dans ce domaine à des non assurés, dont la situation sociale est voisine de celle des salariés.

Le B.I.T. cite qu'en 1931 « *les dépenses de l'assurance invalidité-vieillesse-décès pour 26.714 traitements antivénériens se sont élevés à 2.400.000 R.M.* »

Les détails des dépenses préventives s'imbriquent dans les colonnes de chiffres relatifs à la protection du nourrisson (prophylaxie de la syphilis congénitale à l'éducation (propagande antivénérienne), etc...

Mentionnons seulement que, une fois de plus les directives allemandes fixent la « *collaboration* » dans le cadre régional pour toute l'action antivénérienne.

Les chiffres officiels prouvent l'efficacité réelle de la méthode.

Trois programmes différents ont été en vigueur contre les maladies vénériennes tendant à protéger à la fois le malade, le suspect et leur incognito. Aucun à vrai dire ne laissait le malade anonyme puisqu'il s'agissait tantôt d'une surveillance par visiteurs relevant les cas de manquement au traitement chez les médecins (Eifurt), de déclaration médicale suivie d'enquête (Thuringe) d'un centre dit confidentiel de surveillance du traitement, en relation avec tous les médecins de la Caisse (Hambourg).

Le Professeur SICARD DE PLAUZOLLES, au reste, a traité et développé la question des « *Maladies vénériennes et les A.S. dans le Reich et en France* ». (la prophylaxie antivénérienne, novembre 1933).

A sa suite, et dans le numéro suivant de la même revue, le docteur JOHAMÈS BERGER a repris la question en exposant les organisations qu'il a visitées à Hambourg, à Weimar, à Francfort, à Cologne, où les médecins déclarent au Centre de dermatologie tous les malades constatés, les obligeant à s'y présenter dans un délai de deux heures.

Apprécions au passage les tracts distribués aux sorties des gares, sur le danger des grandes villes et leur brevet d'efficacité par les protestations véhémentes des filles gênées dans leur travail (!)

Maintenant que les déplacements sont collectifs et que tous les voyages se font par troupes logées ensemble, les jeunes miliciens, travailleurs, gymnastes, etc., sont sans cesse avertis par des conférences et des affiches ornent leurs casernes et dortoirs de passage.

N'insistons pas sur les timides essais de dispensaire *d'hygiène matrimoniale ou sexuelle des Caisses de Dresde et de Hambourg*. Elles appartenaient à la république.

La morbidité rhumatismale a entraîné :

1930. — 21.958 traitements ayant coûté 8.200.000 Rm., soit
374,55 Rm. par cas.

1931. — 14.554 traitements ayant coûté 5.300.000 Rm., soit
364,45 Rm. par cas.

Quarante pour cent des malades ont été soignés dans des établissements appartenant exclusivement aux Caisses.

Voilà une invalidité dont la prévention coûte cher, et je regrette de n'avoir pas trouvé les sommes complémentaires versées à titre de secours aux familles et celles données aux services qui s'efforcent de procurer aux malades ou menacés des logements sains, secs et bien exposés, en même temps qu'une profession compatible avec leur diathèse.

Considérant officiellement (décision de l'Office d'Assurances) l'alcoolisme chronique comme une maladie, les Caisses se sont défendues contre elle par le traitement dans des centres de protection qui ont coûté 22.000 marks à 129 Caisses de la fédération nationale, en 1926.

L'Union des Caisses de Berlin, en 1925, a dépensé 163.000 marks dans le même but, dont 14.500 pour mesures préventives.

En ce qui concerne *la maternité*, les dépenses effectuées par l'ensemble des Caisses légales d'assurance

maladie, pour les secours *avant* et *après* l'accouchement, ont augmenté

de: 659.054 marks, soit 1,3 des dépenses totales des
Caisses en 1885.

à: 6.432.231 marks, soit 1.8 des dépenses totales des
Caisses en 1910.

et: 56.446.015 marks, soit 4,7 des dépenses totales des
Caisses en 1925.

Il y a lieu de signaler comme presque constante l'offre par la Caisse d'une femme de ménage permettant à la mère de laisser ses soucis domestiques et de se reposer ou d'aller plus facilement à la maternité. (Accord de toutes les Caisses de Dusseldorf, Cologne, Francfort, Mein, Elberfeld, Solingen, etc...).

La protection infantile s'est faite en Allemagne, comme elle se fait partout, par les allocations d'allaitement et les consultations de nourrissons.

La protection de l'enfant d'âge scolaire est tributaire des Caisses par les subventions versées aux œuvres de surveillance des écoliers:

En 1924, la Caisse de Goettingen verse 2.000 marks à « *l'œuvre locale de régénération physique* » et d'autres exemples.

Certaines Caisses, ou ententes de Caisses organisent elles-mêmes des bains d'air et de soleil ou même des bains salins dans des établissements appartenant aux Caisses, ou des séjours dans les « *Ecoles en forêt* » installées par les Caisses de Schwerin ou de Sonnenberg par exemple.

En 1926, cinq Caisses de villes ont versé plus de 200.000 marks pour des enfants envoyés en *placement*

familial de cure. D'autres ont construit des établissements.

La Caisse des Usines Krupp (33.300 adhérents), a envoyé en 1925 : 1.489 enfants à la campagne.

L'examen périodique des assurés n'était pas généralisé en Allemagne et la première initiative revient à Krupp qui organisa en 1919, au moyen de sa Caisse maladie, l'examen systématique, facultatif, mais presque obligatoire, au moins bisannuel.

Je m'étendrai à propos d'une firme Tchécoslovaque sur ce système d'examens de santé des ouvriers et je dirai, *in fine*, ce que les faits conduisent à souhaiter dans notre pays.

Il y aurait beaucoup à exposer sur le rôle des cures de repos de sanatorium et thermales en Allemagne. J'insiste seulement sur le nombre des établissements appartenant en propre aux institutions d'assurance : toutes les Caisses ou unions en possèdent, en construisent, en gèrent.

En 1925 :

Caisse locale générale de Hambourg, 286 lits : 3.200 pensionnaires, 78.000 journées.

Caisse locale générale de Berlin, 6 établissements : 2.441 pensionnaires, 60.000 journées (environ).

A la fin de 1931 la fédération des Caisses-Maladie de Berlin avait 38 ambulatoria, avec sous la direction du médecin-chef :

- 14 postes radio ;
- 34 postes ultra-violets ;
- 33 postes d'air chaud et lumière ;
- 9 postes d'inhalations.

PROPRIÉTÉ DES CAISSES MALADIE LOCALES EN 1931

Nature de l'institution	Nombre	Lits	Individus traités		Nombre de jours de traite- ments	Personnel		
			Hommes	Femmes		Docteurs	Infir- mières	Autres
		—	—	—		—	—	—
<i>Appartenant à des Caisses Maladies</i>								
Hôpitaux	6	225	11.008	2.205	261	11	32	45
Sanatoriums	4	408	744	710	308	8	30	86
Sana., cas chron....	12	611	1.975	2.182	186	6	15	85
Convalescents	97	5.378	17.170	44.660	197	33	115	688
Maisons p ^r enfants..	11	621	1.853		190	2	10	35

Institutions tenues par les fédérations de Caisses Maladie

Hôpitaux	3	830	12.870	312	47	130	271	?
Sanatoriums	2	103	273	627	228	5	1	8
Convalescents	20	1.369	1.251		222	10	15	156

Gérés par les Unions de Caisses Maladies

Sanatoriums	2	320	627		332	2	14	85
Convalescents	3	182	992		148	2	2	
Enfants	1	45	180		160		5	

Je n'ai pas voulu détailler les innombrables établissements de cure, de bains, de mécano et d'électro ou d'héliothérapie que possédaient, que subventionnaient ou qu'utilisaient les Caisses. Un grand étonnement se manifeste à leur énumération et on conclut à un luxe qui ne peut convenir qu'aux périodes d'abondance.

Cette plétore a effectivement disparu sous le III^e Reich à la suite des travaux d'une Commission d'investigation instaurée en 1933 par le Ministre du Travail pour vérifier le fonctionnement des hôpitaux et maisons de convalescence administrés par les diverses institutions d'assurance. Certains étaient souvent utilisés d'une manière peu rationnelle et inadéquate (*Deutsche Krankasse*, 1933, n^o 24).

Une circulaire du Ministre, datée du 19 janvier 1934, précise les *mesures à prendre pour préparer un plan général de réforme et la suppression de certains établissements inaptés ou superflus*. C'est à l'Office des A.S. du Reich qu'il appartient désormais de coordonner les travaux préliminaires.

Les établissements inoccupés sont maintenant utilisés pour les Sturm Troops, les S.S., etc...

Déjà en 1931, 50 % et en 1932, 30 % de ces établissements étaient en réalité inutilisés ou inutilisables médicalement.

L'institut d'Electrophysiologie de Berlin fut également dissous malgré sa grosse fréquentation.

On avait noté à l'institut et aux centres électrocardiographiques (2) et de neige carbonique :

	Consultations	Visites	Electrophys.	Rayons X
	—	—	—	—
1928	1.500.000	435.000	1.110.000	59.000
1929	1.516.000	509.000	1.246.000	63.000
1930	1.490.000	454.000	1.389.000	71.000
1931	1.436.000	419.000	1.373.000	74.000

En même temps, la Caisse locale de Berlin réorganise le contrôle médical, créant en outre des départements spéciaux (cancer, diabète, rhumatisme) et un centre pour l'étude des questions d'hérédité. Tous ses dispensaires furent fermés en janvier 1934 et les traitements médicaux remis aux mains des médecins praticiens d'assurance.

Enfin, la loi du 5 juillet 1934 sur l'organisation de l'assurance sociale plaça l'organisation et l'administration de l'équipement sanitaire dans les mains des institutions invalidité, avec les Caisses maladie.

Les Caisses allemandes étaient-elles allées trop loin ? L'état financier général les bride-t-il ? Un fait est certain, les derniers chiffres à 1932 sont en baisse générale sur les dépenses de prévention des années antérieures.

*Fonds dépensés par les institutions d'assurance invalidité
pour le soutien et l'organisation des services sanitaires
en vertu de l'article 1274 du code d'assurances
(en milliers de Rm.)*

	Assistance municipale aux malades	Tuber- culose	Alcoo- lisme	Véné- riens	Lupus	Cancer	Adultes non assurés	Enfants	Autres
	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1913..	482	686	66	6	12	—	—	—	1.359
1925..	557	4.176	63	648	3	740	—	1.184	7.008
1930..	1.743	13.397	192	2.427	228	149	496	4.383	24.596
1932..	969	5.274	54	1.293	18	30	41	725	8.721

De même les dépenses sous forme de *subventions*
aux organismes et établissements contre la tuber-
culose.

	A sociétés pour sanat.	Sanatoriums de forêts	Contre le taudis
	—	—	—
1913	27.426	92.410	6.924
1925	11.824	87.630	430
1930	136.398	115.825	482.974
1932	72.403	15.600	179.768

Education populaire

Pour la question de l'*éducation populaire* en matière
d'hygiène, après avoir souligné l'importance du rôle
que les caisses s'attribuaient dans la formation de

l'esprit populaire, je tirerai des documents allemands les conclusions suivantes :

L'éducation de l'assuré doit se faire en matière d'hygiène, en matière de principes fondamentaux de l'assurance.

Ces principes amènent l'assuré à collaborer avec sa Caisse et poussent son médecin à faire le reste.

Il faut agir sur *l'assuré* par tous les moyens :

Le tract et le journal remis : à la caisse, à domicile par les visiteuses dont l'action est énorme, à la mairie et dans les bureaux d'état civil, dans tous les dispensaires, cabines prophylactiques, etc..., à l'usine, dans les banques, halls divers, dans les salles d'attente des médecins.

Le syndicat ouvrier. — Il faut agir sur le bureau de ces syndicats en matière de signalisation des abus constatés, d'éducation des syndiqués.

Il faut agir sur *les médecins* :

par une formation spéciale,

par introduction de leur comité dans celui des Caisses et des organismes de prophylaxie,

par des articles dans les journaux corporatifs, dictés, écrits et au besoin payés par l'administration des Caisses, quoique non signés par les administrateurs.

Gesundheit est le journal créé et dirigé depuis cinq ans par le docteur PRYLL et publié par l'Union principale des Caisses allemandes qui le distribuait mensuellement par 000.000 exemplaires à toutes les Caisses affiliées.

C'est un modèle du genre en matière de propagande grâce à sa lecture facile, à la clarté des idées exposées, bien à la portée de tous et aux photos et illustrations destinées à frapper.

Les techniques analogues sont exposées dans le traité de GOTTSTEIN, TELEKY et SCHLOSSMANN.

Parallèlement se publiait en Allemagne: *Gesundheitslehre* destiné aux professeurs.

Afin d'instruire les instituteurs et de leur fournir les schémas de courtes, mais salutaires leçons en matière d'hygiène, les caisses subventionnaient l'édition de chez Vogel, à Leipzig, de l'ouvrage des docteurs ADAM, ENGEL et LORENTZ.

Une brochure pour l'orientation professionnelle était distribuée aux assurés.

Il était fait, à travers le Reich, des tournées de conférences sur 50 sujets avec diapositifs et films, bref, l'application intégrale du manuel de *Technique de l'Education hygiénique* de KOELSCH (Munich et Berlin 1912), notre VIBOREL.

Enfin à Dresde existe toujours un Musée de propagande pour l'hygiène que j'ai vu en octobre dernier.

Dans quelles conditions ont été réalisés les organismes de prévention en Allemagne ?

Collaboration sans doute, mais collaboration obligatoire, sinon désirée.

Les Cotisations sont plus élevées qu'en France.

Assurance accidents et maladies professionnelles: répartition entre employeurs.

Assurance maladie maternité: variable suivant les Caisses. En moyenne 5,50 %. Par moitié patron et salarié (depuis loi du 7-12-33).

Assurance I. V. D. des ouvriers: 7 classes de salaires. Moyenne: 5 % par employeur, autorisé à déduire moitié au salarié. Participation du Reich.

Assurance Invalidité Décès des employés: 8 classes de salaires. 4 % minimum, par moitié.

Assurance Invalidité Décès des mineurs: Par patrons, qui peuvent retenir 3/5^e. Subsidés du Reich provenant de l'impôt sur le salaire.

Le contrôle est exercé par des médecins fonctionnaires de la Caisse qui ont toutes les attributions sur le malade et sur le praticien.

Le secret médical est une obligation légale, mais n'est pas violé par communication au personnel des Caisses qui se voit astreint au secret professionnel absolu.

La Statistique est la base d'information et de travail préventif des Caisses.

Les plus importantes sont publiées annuellement:

Ergebnisse der Statistik der Allgemeinen Ors-krankenkasse der Stadt Berlin über das Jahr 19... qui a été dès le début l'œuvre du Docteur PRYLL.

Heilfürsorge in der Invalidenversicherung 19... mit bildlichen Darstellungen (J. SPINGER, Berlin).

Dans cette dernière, sur la question prévention, on trouve au détail, des prestations.

a) Individuelles: mesures accordées aux assurés.

b) Générales: dépenses de l'assurance invalidité à d'autres institutions suivant le même but: habitations des ouvriers; constructions d'établissements entretenus par la bienfaisance publique ou privée; amélioration des hôpitaux.

Deux directives à leur attribution :

1° Les établissements bénéficient de la générosité des A.S. à condition que l'institution d'assurances soit représentée au Conseil d'Administration.

2° Les individus bénéficient des mesures de l'assurance à condition que l'institution qui les leur paye connaisse leur nom, adresse et diagnostic précis.

Tous les patients qui demandent une cure sont examinés par le médecin fonctionnaire de l'Institution d'Assurance et sont réexaminés ensuite chaque cinq ans. Dans les mêmes conditions il peut être accordé des cures prolongées, ou deux cures.

L'impression générale est que les Assurances allemandes ont fait énormément d'efforts vers la prévention.

Elles l'ont fait sous le couvert d'une fonctionnariation avancée.

Elles se sont laissées entraîner dans la gestion directe des établissements de soins et semblent dans cette voie dépasser les limites compatibles avec la sécurité et l'économie. La tutelle sous laquelle elles viennent d'être placées les ramènera probablement dans un juste milieu.

Autriche

L'étude des A.S. en Autriche est rendue difficile par la présence de différentes lois applicables aux divers régimes d'assurances correspondant à plusieurs branches économiques ou à des groupes professionnels distincts.

Selon qu'il s'agit :

D'ouvriers de l'industrie et du commerce (loi de 1888).

D'ouvriers agricoles et sylvicoles (18 juillet 1928).

D'employés (1926).

De mineurs (1854) (ramenés à un seul régime depuis fin 1933).

De salariés de chemins de fer.

De fonctionnaires fédéraux.

De notaires.

on trouve différents niveaux de prestations et des services médicaux diversement organisés.

Le démembrement de l'empire Austro-Hongrois a amené dans les nations qui en composaient les parcelles, les mêmes difficultés par la coexistence du régime Impérial avec les systèmes nouveaux.

Trop de règlements distincts appelaient une réforme qui était devenue urgente en présence de la situation financière alarmante de plusieurs institutions d'assurance.

La loi du 30 mars 1935 réorganise l'assurance des salariés de l'industrie, du commerce et des professions libérales.

Elargissement du champ d'application de l'assurance-accidents à tous les salariés de l'industrie, du commerce, des banques, des professions libérales ou domestiques.

Légère augmentation des cotisations.

Assainissement des différentes branches d'assurance par réduction des prestations en espèces et rationalisation administrative : ce sont les principales caractéristiques.

Il subsiste toutefois deux régimes distincts : ouvriers et employés.

L'assurance invalidité-vieillesse-décès des ouvriers envisagée depuis 1927 n'a pas été mise en vigueur ; l'économie nationale ne pouvant pas, jusqu'à présent en supporter les charges.

Les dix classes antérieures de salaires ont disparu et sont remplacées par une contribution de 20 % répartie par moitiés entre patrons et ouvriers.

6,25 % vont à l'assurance maladie ;

1,75 % vont à l'assurance accidents ;

12, % vont à l'assurance vieillesse-chômage.

Pour les employés : 4,25 à la maladie, 10,50 à l'invalidité vieillesse-décès.

Il est prévu que les sommes affectées à l'assurance chômage baisseront de 1 % chaque année avant 1939.

Le maximum des salaires assurés est de 7 sh 50 par jour pour les ouvriers et de 400 sh par mois pour les employés.

Le taux de prestations en espèces est baissé de 5 à 40 % suivant le salaire et un délai de carence de trois jours est introduit.

La durée des prestations maladie aux employés est réduite de 70 à 52 semaines.

Administrativement: fusion des trois Institutions d'Assurance accidents en une seule Institution d'Assurance ouvrière et création d'une Union nationale de toutes les Institutions d'Assurance.

En somme, centralisation, mais en respectant deux tendances :

Autonomie des A.S. non étatisées.

Economies. — L'ensemble des mesures aboutit à un gain de 32 millions de shillings pour 1935.

Aucune restriction n'est faite sur les dépenses de prévention.

C'est une leçon que nous donne le législateur Viennois et le fait méritait d'être rapporté en France où l'on voit serrer chaque jour le budget du Ministère de la Santé et les bonis de la Caisse disparaître à des fins différentes de l'hygiène sociale.

Directives de prévention. — En principe, il n'y a pas en Autriche d'organisation spéciale de prévention et de lutte contre les maladies sociales. Au point de vue maladies professionnelles, des examens périodiques de groupes spéciaux menacés, sont faits par les inspecteurs du travail. Il existe seulement un *office central pour la prévention des accidents*.

La collaboration est imprécise avec les services d'Hygiène.

C'est aux Caisses d'Assurances que revient la charge d'assurer la protection de la santé de leurs

affiliés. Elles le font pratiquement depuis 1918 et bien avant les lois le prescrivant : loi du 1^{er} avril 1927 (art. 58 tendant au relèvement sanitaire de la population assurée, pas encore en vigueur), puis la loi d'assurance-maladie ouvrière de 1929, paragraphe 9 *bis*, qui prévoit de fonds spéciaux pour *fin*s en connexion avec l'assurance maladie (Institutions spéciales de soins). Cette disposition a été maintenue dans le paragraphe 102 de la loi du 30 mars 1935.

L'article 47, 3^e alinéa de la loi d'assurance des employés (1928) *permet d'affecter les ressources disponibles au traitement curatif intensifié et à l'application et encouragement de mesures tendant à améliorer les conditions d'hygiène des assurés.*

Cette disposition a été maintenue dans le paragraphe 263 de la loi du 30 mars 1935.

Article 102, alinéa 3 de la loi du 30 mars 1935. — *L'Institut central d'assurance des employés pourra dans les mêmes vues affecter deux pour mille des ressources de base des cotisations entrant en considération pour l'assurance maladie.*

Voyons ce qu'ont fait les organismes employés et ouvriers.

La Caisse Maladie des ouvriers de Vienne possédait en propre en 1933 :

	Prix de journée (en shillings)
1 Sanatorium à Laabe am Wald.....	5,46
2 Maternités	12,35 et 12,98
5 Maisons de cures et repos.....	4,70 à 7,14
4 Etablissements de convalescence :	
Schallerbach	7,83
Hofgastein	11,96
Bad Hall	11,17
Sleichenberg	10,96

ayant traité seuls ou en accord avec 20 autres maisons de repos.

	CAS		JOURNÉES	
	A la Caisse	A d'autres institutions	Aux Caisses	A d'autres institutions
Convalescence ...	1.303	2.231	32.675	45.617
Sanatoria	496	957	14.057	77.700
Repos	4.103	1.192	80.811	24.500
Maternité	3.445		43.630	
	9.347	4.380	170.473	147.817

Pour un total de 2.072.000 shillings, contre 1.313.000 shillings en 1932.

Deux établissements sont installés en Tchécoslovaquie dans des stations balnéaires pour cardiaques.

Les Caisses Maladie d'ouvriers développent une activité suivie en publiant des instructions hygiéni-

ques contre l'alcoolisme, les autres maladies, l'hygiène des femmes, etc...

Elles possèdent et exploitent des dispensaires dentaires, roentgenologiques, des établissements fermés.

Elles prennent une quote-part des frais en faveur des apprentis mis en maisons de vacances.

Elles participent enfin au développement de l'outillage existant.

A défaut de chiffres globaux sur ces activités, je donne seulement les renseignements extraits du rapport annuel de la *Arbeiter-Krankenversicherungskasse Wien*, 1934 (caisse de maladie des ouvriers de Vienne), recoupant les renseignements que j'ai pu recueillir en Autriche fin octobre 1935.

Il faut signaler les efforts d'autant plus méritoires de la Caisse de Vienne aux « cures intensifiées » que ses effectifs baissent de plus en plus, suivant d'ailleurs le mouvement de la ville dont l'appauvrissement général m'a laissé une pénible impression.

1930		408.000	membres
1932		332.741	—
1933		303.684	—
1934		292.931	—

avec le même pourcentage d'hommes : 46, et de femmes : 54.

Le nombre des médecins suit de 407 à 380, leur part au budget augmentant au contraire de 15,9 à 16,10 des dépenses totales.

Les pages 47 et suivantes du rapport de 1935 indiquent un mouvement quotidien moyen de 4.809 assurés en charge :

3.811 en médecine générale ;

998 en spécialités.

amenant pour l'année 1.665.000 cas.

Je ne détaille pas le fonctionnement de tous les soins aux dispensaires : tuberculose, chirurgie, cancer, roentgen, physiothérapie, etc...

En seule stomatologie : 11.047 prothèses et 89.000 plombages.

Les prestations maladie passent de 8.972.000 s. en 1933 à 7.750.000.

Parmi les dissections statistiques (par groupes, profession, âge, etc.), on trouve celles de mortalité et de morbidité détaillées sur lesquelles je reviendrai, établies grâce à la déclaration du diagnostic, maladie et accidents, par les médecins de la Caisse, contrôlés 409.000 fois en ville et 52.000 fois en province par les médecins de groupe.

En 1932, il y avait :

1 médecin-chef

7 médecins de son état-major

10 médecins de dispensaires

16 médecins contrôleurs

115 médecins spécialistes

6 médecins femmes

282 médecins praticiens

437 médecins, tous fonctionnaires de la Caisse

En principe, les Caisses autrichiennes sont libres dans la désignation du *médecin contrôleur*, cependant quelques traités de base conclus entre les Caisses et leurs Unions d'une part, et l'organisation médicale d'autre part contiennent des clauses à cet égard.

Ainsi le contrat signé le 27 avril 1934 entre la *Caisse industrielle des employés de la basse Autriche et l'organisation économique des médecins*, prévoit au paragraphe 5 que le médecin-chef et les médecins du groupe seront, dans la mesure du possible, nommés par la Caisse après entente avec leur organisation syndicale.

Les fonctions et les attributions du médecin-chef et des médecins de son service sont fixées par la Caisse elle-même.

Je définis en passant les attributions du *médecin de groupe*: vérification du nombre des assurés du district imparti à chaque médecin praticien fonctionnaire et contrôle de la capacité de travail des assurés qui lui sont envoyés par les médecins traitants et par les contrôleurs administratifs de la Caisse.

Récemment, l'Association Professionnelle Internationale de Médecine, après enquête, signale que les médecins autrichiens ne se plaignent pas du contrôle exercé au nom de l'assurance. Ils le croient nécessaire pour éviter les abus.

Les médecins autrichiens d'ailleurs ne se plaignent de rien, sinon d'être trop et leur unique désir, toutes leurs aspirations, sont d'être liés aux Caisses par un contrat individuel signé dans le cadre général du contrat des associations médicales (*Rahmenverträge*).

Ils ne peuvent pas y parvenir avant de justifier un minimum de deux ans de pratique hospitalière en plus du diplôme qui sanctionne les dix semestres d'études générales. D'accord avec l'un d'eux, le docteur O. NEITZSCHE, ils sont disposés à proposer des stages volontaires de six mois dans les dispensaires des A.S.

C'est la pléthore qui met les médecins autrichiens à la merci des Caisses. Le nombre de médecins augmente, celui des habitants diminue :

	Habitants par médecin		
	1906	1924	1928
Vienne	699	461	413
Basse-Autriche	2.080	1.717	1.482
Haute-Autriche	2.023	1.791	1.567
Tyrol	1.464	963	860
Burgenland	?	3.245	2.441

La moyenne générale était en 1928 de 8.042 médecins pour 6.535.000 habitants, soit 1 pour 812.

Dans les villes, en 1934, la situation est terrible :

Vienne	1 médecin pour	307 habitants	
Salzbourg	1	—	411 —
Graz	1	—	307 —
Klagenfurt ...	1	—	386 —
Innsbruck	1	—	290 —

Je m'excuse de cette large diversion faite sur un chapitre sans doute étranger à la prévention ; j'ai cru

que les médecins français ne seraient pas fâchés, en passant, d'être informés — une fois de plus — d'une situation contre laquelle ils pourraient avoir intérêt à se prémunir dans quelques années.

Revenons à la prévention de la Caisse-Maladie de Vienne, établie par un médecin-chef au moyen du contrôle généralisé et des statistiques faites sur les déclarations obligatoires du diagnostic par les médecins praticiens fonctionnaires.

Le secret professionnel est obligatoire par la loi *sauf envers les autorités* et les Caisses sont des autorités.

Cette prévention se fait :

1° *Par collaboration avec l'Office de prévention contre les accidents* (conférence, films, tracts).

2° *Par la cure intensifiée* qui atteint aussi bien les malades que les exposés.

En 1933 : 13.700 individus pendant 318.000 jours

En 1934 : 9.200 individus pendant 229.000 jours

Les *établissements* appartiennent pour la plupart à la Caisse :

4 maisons de cure dans le Salzkammergut.

1 maison à Hofgastein.

2 établissements de bain en Tchécoslovaquie (Karlsbad et Pystian).

1 établissement à Baden.

ou bien la Caisse traite avec *les établissements d'autres Caisses* et avec les autres établissements de convalescence gérés par la *Société Autrichienne de la Croix-Rouge*.

3° *Par protection maternelle et infantile:*

106.000 visites dans les dispensaires.

Les infirmières ont été visiter à domicile 11.183 femmes enceintes, elles ont effectué 11.686 recherches auprès des accouchées et ont donné des secours supplémentaires dans 4.849 cas.

Malgré cela, les naissances à Vienne continuent à baisser lamentablement :

	Naissances	Décès
	—	—
1929	16.372	25.019
1930	16.393	22.964
1931	14.693	24.363
1932	12.379	23.405
1933	13.137	24.473
1934	11.022	22.577

4° *Par collaboration à l'action préventive en faveur des apprentis*, dont la Caisse est le principal support :

6.163 apprentis en maison de repos pendant 146.785 jours ont augmenté en moyenne de 2 kg. 160.

La Caisse de Vienne a participé pour 81.782 shill.

La gestion directe est poussée dans tous les domaines, dépistage, prévention, cure, soins, et jusque dans l'exploitation de fermes et autres établissements agricoles qui entrent aux recettes de la Caisse de Vienne pour une part importante dans le budget publié à la fin des livres rapports annuels,

Belgique

J'ai précisé que, m'intéressant uniquement à la question prévention et « directives » l'organisant, je serais très bref sur le fonctionnement général de l'Assurance. En ce qui concerne la Belgique, on trouvera dans « *Les services sociaux en 1933*, ouvrage du B.I.T. et dans la *Revue du travail belge* (janvier et février 1935, avril et mai 1936) tous les détails voulus.

Résumons simplement que chez nos voisins belges, l'assurance sociale couvre les risques maladie, maternité, tuberculose, invalidité, vieillesse, décès des individus économiquement faibles qui font partie des *mutualités*.

C'est sur la mutualité que repose l'assurance belge et c'est presque exclusivement les mutuelles qui s'intéressent aux questions médicales et hygiéniques.

Le statut légal des associations mutualistes est fondé sur les dispositions de la loi du 23 juin 1894, portant révision de la loi du 3 avril 1851 et sur celles de la loi du 30 juillet 1923 autorisant les sociétés mutualistes à fusionner.

Des variations ont encore été introduites le 3 août 1924 et le 30 mars 1926.

Les règlements fixent le minimum des prestations en espèces (allocation journalière) et en nature pour les sociétés qui ont un service familial médico-pharmaceutique : deux ans de soins.

Pour la maternité : 125 francs par naissance, 3 fr. par jour pendant 6 semaines (avant la dévaluation).

L'attribution des subsides aux Caisses mutuelles d'assurance maladie est réglée par les décrets royaux des 22 décembre 1931, 1^{er} juin 1932 et 26 mai 1933, dans lesquels on trouve les dispositions encourageant les associations qui luttent contre la tuberculose.

Les services créés par l'ensemble des sociétés de secours mutuels pour couvrir la famille de l'assuré aussi bien que l'assuré lui-même, services médico-pharmaceutique familial, service chirurgical et service antituberculeux réunissaient, au 31 décembre 1932, près de trois millions de bénéficiaires. Sur ces trois millions l'Union nationale des Fédérations de mutualités socialistes groupait environ 1.035.000 personnes, l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes environ 1.005.000, les 950.000 autres personnes se répartissant entre les fédérations mutualistes neutres, professionnelles, libérales, etc.

Les mutualités ont organisé leurs propres cabinets régionaux de dépistage et de soins avec le concours d'un directeur médecin, et en relations étroites avec l'Œuvre Nationale Belge de défense contre la tuberculose.

Les caisses placent gratuitement les tuberculeux en sanatoria et hébergent à leurs frais les prédisposés, dans leurs propres préventoria.

Elles possèdent leurs infirmières sur lesquelles semble reposer le poids principal du service préventif.

Elles subventionnent la Ligue de la Médecine préventive, association de propagande et collaborent à la Ligue contre le péril vénérien et à la Ligue contre le cancer.

Cette collaboration est rendue serrée par la présence des membres des mutuelles dans les comités régionaux et nationaux des ligues.

Dans leur action curative ou préventive, les mutualités se servent du médecin avec des modalités tout à fait variables : le malade dispose tantôt du libre choix, tantôt du médecin de la mutuelle, ou de la polyclinique.

Les honoraires sont variables, réglés directement, payés au carnet, ou par la mutuelle, au forfait ou à la vacation.

Le choix des médecins contrôleurs est absolument libre de la part de la caisse.

Les fédérations mutualistes attachent à cause de la prévention une grosse importance au diagnostic qui est le plus souvent connu de la façon suivante :

La loi décrète le secret professionnel. Il fut longtemps admis que, sans nuire au malade, ce secret pouvait être descellé au profit de la caisse sous forme d'une simple indication de la nature de la maladie.

Depuis quelques années, la fédération médicale belge demande le secret absolu.

La difficulté est tournée par la délivrance au malade d'une carte indiquant le nom de la maladie et la prévision d'incapacité de travail. Le malade est libre de remettre ou non cette carte au bureau de sa mutuelle. Pratiquement, il ne le refuse jamais.

En tous cas, le praticien communique toujours son diagnostic au médecin contrôleur.

Bulgarie

En Bulgarie, il existe à l'heure actuelle un système draconien fixant dans des conditions pénibles au médecin mais bien précises le système assurantiel qui est confondu avec l'assistance publique.

La base de l'assurance sociale est issue d'un texte légal du 6 mars 1934.

Une modification de février 1929 mettait au compte de l'assurance sociale toute l'assistance médicale.

En 1933, retour était fait au régime de 1924, mais pour un an seulement et, poussé par des motifs financiers, le Ministère de l'Economie Nationale abolissant par l'ordonnance n° 614 le libre choix de l'assurance, donnait en plus au médecin obligatoire le rôle de médecin d'assistance publique.

L'assurance couvre tous les ouvriers et employés publics ou privés des professions fixes.

Elle est facultative pour les artisans, commerçants et indépendants gagnant moins de 50.000 levas par an et pour les fonctionnaires de l'Etat.

Toute l'assurance est réglée par le *Fonds des A.S.* autrefois dépendant du Ministère du Commerce et du Travail, mais rattaché depuis 1934 au Ministère de l'Economie Nationale.

Il existe 5 catégories de salaires avec des *cotisations* assez élevées: 4,50-6-7,50-9 et 12 dinars par semaine, réparties pour l'assurance obligatoire en trois parts égales: assuré, employeur, Etat. Pour l'assurance facultative: 2/3 à l'assuré, 1/3 à l'Etat.

Les prestations médicales sont données pendant 9 mois d'une même année aux conditions ci-dessous :

L'ordonnance complémentaire n° 617 fixe l'existence :

1° *De dispensaires du fonds des A.S.*

2° *Des médecins d'assurance :*

a) Attachés aux entreprises de plus de 200 ouvriers, dits : *médecins traitants hygiénistes* nommés après 5 ans de services sanitaires auprès une administration (ville, collectivité) ou 3 ans de stage dans un établissement hospitalier.

b) *Médecins traitants proprement dits* : un par ville de plus de 1.500 assurés et un par 1.500 au-delà de 2.000 qui doivent être spécialistes des maladies internes ou avoir 3 ans d'hôpital ou 5 ans de services dans un dispensaire du fonds d'A.S. ou avoir fait 3 ans comme médecin militaire, scolaire ou communal.

c) Des médecins « *nommés* » dits « *de confiance* » dans les pays ayant 500 et 1.500 assurés.

d) *Quelques médecins consultants.*

Au nombre de 110, ils touchent 3.000 à 3.500 levas par mois et doivent passer au moins 2 heures par jour à l'usine dont ils sont responsables au point de vue hygiène.

Au nombre de 54, payés 5.000 levas par mois.

25 payés 500 levas.

Le total du personnel médical du système assurance-assistance est de 200 fonctionnaires environ pour 251.000 assurés sur 2.600 médecins que compte le territoire bulgare (6.609.000 habitants en 1935).

Le diagnostic doit être communiqué, *en latin*, à tout le personnel administratif et médical du fonds des A.S. et à l'employeur qui tient le carnet individuel d'assurance.

Le fonds des Assurances Sociales possède son propre *outillage sanitaire*:

1° *Quatre dispensaires* de soins établis conformément aux dispositions du règlement promulgué le 30 juillet (*J. O.* n° 96).

L'article 1 prévoit que ces dispensaires organiseront la lutte contre les maladies sociales chez les assurés et leurs familles.

Il existe dans chacun 3 sections: tuberculose, vénérolgie, protection maternelle et infantile;

2° *Un établissement de convalescence*;

3° *Le fonds a construit un grand hôpital à Sofia.*

Selon le rapport fait au B.I.T. par le Ministère du Commerce le 25 mai 1934, *l'œuvre de prévention* est de la compétence des médecins traitants d'hygiène attachés aux usines.

En exécution de l'article 12 de la loi du 18 avril 1917 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs, ils doivent donner les premiers soins en cas d'accidents, assurer la propreté de l'entreprise, des usines, des habitations ouvrières, et surveiller l'éducation physique du personnel.

L'ordonnance 156 du 5 décembre 1933 (*J. O.* 204 du 9-12) leur donne en outre le devoir:

1° D'examiner à l'entrée tout le personnel et de refuser l'embauche aux malades contagieux;

- 2° De tenir un carnet sanitaire de chaque employé;
- 3° De remplir toutes les attributions d'un inspecteur du travail.

Ces médecins s'occupent évidemment d'un certain nombre d'organisme réunis par le décret-loi du 28 octobre 1934 sous le vocable « *service d'assistance sociale* » en particulier :

- 2 crèches privées pour 438 enfants;
 - 47 écoles communales et 35 de sociétés privées;
 - 31 orphelinats, dont 15 privés;
 - 129 cuisines populaires privées, dans un total de 231;
 - 72 stations estivales pour 5.672 personnes;
 - 20 stations de repos pour 1.089 personnes;
 - 30 dispensaires privés;
 - 84 stations de consultations pour nourrissons;
- (chiffres de 1934.)
-

Danemark

« Tout citoyen âgé de 21 à 60 ans est tenu de s'affilier à une institution d'assurance-maladie à titre actif ou passif. Seules les personnes économiquement faibles (c'est-à-dire dont la situation économique n'est pas supérieure à celle d'un ouvrier qualifié) peuvent devenir membres actifs des caisses-maladies reconnues. Toute personne affiliée à titre actif ou passif à l'assurance-maladie fait automatiquement partie de l'assurance-invalidité. Le nombre des membres actifs des caisses-maladie s'est élevé au 31 décembre 1934 à 2.106.000, soit 77 % environ de la population âgée de plus de 15 ans ».

La loi du 20 mai 1933 régit l'assurance maladie, l'assurance invalidité et les pensions de vieillesse non contributives.

Pour avoir droit aux prestations, les femmes doivent être elles-mêmes affiliées, mais les enfants sont garantis par leurs parents jusqu'à l'âge de 15 ans.

Les Caisses maladie ayant la configuration des circonscriptions administratives sont unies facultativement en associations ou fédérations régionales.

Leurs rapports avec le corps Médical sont réglés par les contrats collectifs approuvés par le Ministère des Affaires Sociales.

« Les caisses sont tenues d'accorder l'assistance médicale. Normalement, celle-ci est fournie en vertu de contrats collectifs établis par l'Association nationale des médecins, d'une part, et les fédérations régionales d'assurance-maladie, d'autre part.

L'assistance médicale fournie en vertu des contrats collectifs est sans frais pour les assurés.

Exceptionnellement, lorsqu'il s'est avéré impossible d'établir des contrats collectifs, les caisses doivent, soit augmenter les taux des prestations autres que l'assistance médicale, soit rembourser les frais de médicaments des membres, jusqu'à concurrence des $\frac{3}{4}$ de ces frais.

En outre, les caisses fournissent, en général, le traitement par un spécialiste, les soins dentaires, et remboursent aux membres une fraction des frais de médicaments, cette fraction ne pouvant, conformément à la loi, dépasser les $\frac{3}{4}$ ».

Chaque Caisse vise à une surveillance générale et le praticien se déclare prêt à dénoncer les abus.

Les Assurances Sociales estiment que l'armement sanitaire du pays est exclusivement dévolu à l'Etat et aux communes; de même que la prévention pour laquelle il n'existe aucune disposition légale n'est pas un objet assigné à l'assurance maladie en particulier, la lutte contre la tuberculose et le cancer se trouve confiée à l'Association nationale contre la tuberculose et au Comité national contre le cancer.

L'hygiène générale y est par ailleurs très développée.

Grande Bretagne et Irlande du Nord

Le système assurantiel anglais intéresse les accidents, la maladie, les pensions contributives aux veuves, orphelins et vieillards et le chômage. Il s'y surajoute une assurance sociale libre.

Toutefois, l'assurance accident est entre les mains de compagnies privées.

Nous nous intéressons ici à la seule assurance maladie obligatoire instituée en 1911 et modifiée maintes fois; elle groupe environ 16.000.000 d'affiliés.

L'organisation est simple:

Tous les salariés au-dessus de 16 ans, gagnant moins de £ 250 par an (sauf les fonctionnaires des administrations et de chemins de fer), paient une cotisation à laquelle l'état ajoute un supplément.

Homme: 9 d par semaine — par moitié avec le patron — supplément état 1/7.

Femme: 8 d 1/2 par semaine — dont 4 1/2 à la charge du patron — supplément état 1/5.

Les prestations sont:

1° *Medical benefit*: traitement et pharmacie — sans limites;

2° *Sickness benefit*:

indemnités de 15 s par semaine pour hommes.

indemnités de 12 s par semaine pour femmes.

indemnités de 10 s par semaine pour femmes mariées

Pendant 26 semaines au maximum.

3° *Disablement benefit:*

indemnité de 7 s/6 d pour les hommes.

indemnité de 6 s pour les femmes.

indemnité de 5 s pour les femmes mariées.

Au delà de 16 semaines et jusqu'à 65 ans, s'il y a lieu.

4° *Pour la maternité:*

il est versé £ 4 à une assurée

et £ 2 à une femme d'assuré.

5° *Des prestations additionnelles* peuvent être versées par les sociétés agréées prospères, aux cotisants affiliés depuis cinq ans (dents, ophtalmologie, lunettes, cures).

Parmi ces prestations facultatives, il faut mentionner le traitement spécifique des rhumatismes par les sociétés approuvées collaborant avec l'œuvre antirhumatisme de la société « Croix-Rouge ».

Je relève qu'en 1931 sur 3.046 malades envoyés à cette œuvre, 1.214 l'ont été par 79 sociétés approuvées d'assurance maladie.

Il est également recommandé aux assurés sociaux de fréquenter les consultations antirhumatismales de la Croix-Rouge qui leur accordent le traitement dans les dispensaires, en dehors des heures de travail.

Parmi la clientèle assurée, 47 % ont pu continuer leur travail pendant la durée du traitement et 20 % qui étaient incapables de travailler au début du traitement ont été déclarés capables à la fin des applications thérapeutiques.

Il résulte de ces données empruntées au Chef Médical officier du ministère de la santé pour l'année

1931, que les sociétés approuvées prennent soin de diriger les assurés sur l'œuvre antirhumatismale tant que les affections ne sont encore qu'à leur début.

Cette attention toute spéciale portée aux rhumatismes par l'assurance maladie invalidité anglaise, s'explique par la fréquence des affections rhumatismales. Dans les statistiques que je mentionnerai plus loin, la morbidité relative y est de 15 à 16 % des assurés des deux sexes, chiffres analogues à ceux publiés par la Commission antirhumatismale instituée en 1924 par le Ministère britannique de la Santé.

Il semble que les luttes antituberculeuse et antirhumatismale soient les seules à bénéficier de l'assistance sociale extrêmement importante aux Iles Britanniques où les services sociaux sont très aidés, très variés, mais apparemment peu coordonnés.

M'intéressant surtout à la prévention, je ne veux pas entrer dans le détail de l'assurance maladie anglaise qui, en principe ne s'en occupe pas, laissant les questions d'hygiène sociale aux pouvoirs publics et aux œuvres.

Je veux seulement signaler comment l'organisation *du service médical* peut avoir un intérêt sur la protection de la santé. Les médecins de l'assurance sont tenus de donner seulement les soins « qu'ils sont à même de donner seuls, avec leur outillage habituel ».

Le praticien anglais semble représenter le moyen terme entre le médecin d'assurance, le médecin de famille et le libre choix qui se traduit trop souvent

par le changement quasi quotidien, jusqu'à ce que l'assuré douteux « en ait trouvé un bon ».

Sont admis au traitement des assurés environ 16.000 praticiens au forfait annuel par tête d'assuré au tarif de 9 s. versés par le *Fonds Central des Practiciens* (qui est alimenté par le Ministère de la Santé sur les cotisations).

A la campagne, supplément versé par le *Centre Mileage fund* pour chaque visite au delà de 2 milles et tarif spécial pour les contrées sans communications.

A son affiliation, l'assuré doit choisir son médecin qui peut accepter ou refuser ce choix. Cette sorte de contrat est entériné par la Caisse et ne peut être rompu qu'avec un préavis de 3 mois ou par la signature du médecin attestant que M. X..., demande à ne plus être soigné par lui.

En ce qui concerne le secret médical les *Doctor's terms of service*, article 9 (5) disent : *Le médecin doit donner à ses malades incapables de travailler, un certificat nécessaire à prouver que le malade est en droit d'obtenir les prestations de maladie ou d'invalidité* ».

Il est prévu 6 formes de ces certificats, mais trois seulement sont pratiquement utilisées : les constatations, le premier jour — intermédiaire, le septième jour — et final.

Je passe sur le contrôle effectué par le Service médical régional et je cite une mesure préventive fixée par le D.T.S., article 9 (11) : *Obligation d'envoyer à l'Officier de la tuberculose un rapport détaillé sur chaque cas constaté.*

Il existe, en effet, en Angleterre une organisation générale de dépistage et de lutte contre la tuberculose, réglée par le Ministry Of Health, avec les médecins officiels éprouvés en phthisiologie chargés de la surveillance des tuberculeux dans les Comités, de l'établissement des diagnostics précis dans un dispensaire qui fonctionne comme centre d'examens spécialisés.

Les cas suspects ne tombent pas sous le coup de la déclaration obligatoire, mais il est recommandé aux médecins d'assurance de les faire connaître au médecin officiel pour obtenir son diagnostic et permettre au malade de bénéficier des prestations spéciales de l'organisation antituberculeuse.

Il s'agit là d'une réglementation officielle, centrale et uniforme dans laquelle l'assurance sociale joue le rôle de dépistage.

Si le médecin officiel reçoit la déclaration d'un cas de tuberculose autrement que par le médecin habituel de l'assuré, il est tenu de l'avertir, à son tour, en vue d'une consultation sur les mesures thérapeutiques et prophylactiques à prendre.

En matière de thérapeutique, l'assurance se limite au traitement à domicile, par le praticien, et surveillé par le médecin officiel. Le traitement sanatorial de tous les phthisiques, assurés ou non, incombe, en tant que service public, au gouvernement local.

Mais le médecin fonctionnaire peut décider au sujet des malades non hospitalisés qu'ils seront, soit systématiquement traités, soit seulement surveillés par le dispensaire antituberculeux. Dans l'un et l'au-

tre cas, le médecin de l'assurance n'a plus de responsabilité dans le traitement, sauf si l'assuré décline le traitement ou la surveillance qui lui est offerte par le service médical public et se réclame de son médecin habituel qui reprend alors tous ses droits et responsabilités.

Deux publications sont particulièrement intéressantes à analyser sur l'assurance anglaise :

I. *An outline of practice of preventive medicine*, par Sir Georges NEWMAN (1924).

Après un exposé général de l'assurance et de ses prestations on trouve à la page 35 une statistique faite par 553 praticiens distribués en 400 circonscriptions portant sur 903.000 cas de maladie triées en :

Maladies légères, sans certificat médical.

Maladies légères, avec prestations médicales et traitement, incapacité inférieure à 3 jours.

Maladies avec prestations médicales et indemnités d'incapacité.

Maladies avec hospitalisation ou placement.

Maladies avec décès.

et rangées dans seize groupes cliniques avec discrimination par sexe et par âge, taux urbain et taux rural.

L'ensemble est schématisé en graphiques par secteurs circulaires.

Comparativement, est publiée la statistique de même formation dans un grand hôpital de Londres.

On est étonné de l'importance considérable des tumeurs et des maladies vénériennes dans l'Angleterre et le pays de Galles. Les mortalités cancéreuses et syphilitiques sont effrayantes.

II. *Les rapports sur l'assurance maladie en Ecosse* sont extraits des certificats d'incapacité reçus par les sociétés approuvées.

1^{re} partie : analyse et classement des certificats,

2^e partie : discrimination suivant les professions,

3^e partie : discrimination géographique et distribution des maladies.

On étudie avec un intérêt croissant les tableaux faits pour 1930, 31, 32, 33, 34, de :

Nombre total de cas d'incapacité complète et taux pour mille. Avec discrimination pour hommes, femmes mariées ou non, etc...

Durée totale de l'incapacité.

Durée moyenne.

Causes d'incapacité relativement à % des cas, % des jours d'arrêt.

Incidence, durée moyenne, extension due à certaines causes sélectionnées :

Tuberculose.

Tumeurs.

Diabète.

Anémie.

Maladies infectieuses.

Hémorragies cérébrales.

Troubles veineux.

Petites maladies des voies
respiratoires supérieures.

Influenza.

Bronchites.

Pneumonies.

Ulcères gastro-duodénaux,

Appendicite.

Hernie.

Gastro-entérite.

Grossesse pathologique.

Suppurations cutanées.

Maladies de peau.

Rhumatismes.

Traumatismes.

Débilité cardiaque.

Débilité nerveuse.

Débilité indéfinie.

Neurasthénie,

Tachycardie.

Etc.,

Etude particulière des causes d'incapacité en augmentation depuis trois ans, avant le 30 juin 1934.

Sur plusieurs tableaux est faite la répartition détaillée par âge et sexe relative à chaque maladie sélectionnée.

La distribution géographique porte d'abord sur villes et campagnes, ensuite sur chaque grande ville et sur chaque contrée rurale.

Le même travail s'adresse à l'influence de la profession des assurés.

Enfin, apparaissent les variations saisonnières de la morbidité générale et spéciale.

Pour les mineurs en particulier les recherches portant sur cinq régions charbonnières distinctes et sur la morbidité de la profession comparées à d'autres profession, dans les mêmes conditions d'âge.

Par région et pour toutes les maladies sélectionnées, une étude à part indique une incidence deux fois plus forte chez les garçons de ferme comparés aux pêcheurs et aux forestiers.

Le parallèle entre l'Ecosse et les Iles qui l'entourent, l'étude spéciale de la morbidité de Zetland, sont moins intéressantes pour les gens du continent.

Quoique l'on sache bien que la morbidité varie par nations, par régions et par villes, l'étude écossaise ne constitue pas moins une documentation précieuse pour les statisticiens et les conseils des Caisses françaises.

Le laboratoire de l'assurance étrangère peut fournir des renseignements ou tout au moins des exemples de technique.

Hongrie

Maladie

1907: Assurance obligatoire maladie-maternité des salariés de l'industrie et du commerce.

1927: Réforme de l'assurance obligatoire maladie-maternité des salariés de l'industrie et du commerce, et extension de l'assurance aux gens de maison.

En 1933: 870.000 assurés.

Vieillesse

1925: Assurance obligatoire invalidité-vieillesse-décès des mineurs.

1928: Assurance obligatoire invalidité-vieillesse des salariés industriels et du commerce.

En 1933: 560.000 assurés.

J'emprunte à un rapport rédigé au B.I.T., d'après les documents hongrois officiels, les renseignements sur la politique sanitaire des assurances.

Dispositions légales

Selon la loi de 1927 sur l'assurance maladie-accidents, les ressources de l'Office Central doivent être utilisées en premier lieu au versement des indemnités de maladie ainsi qu'à la création d'établissements en rapport avec les prestations de l'assurance. (Avant le 1^{er} janvier 1932, ces ressources pouvaient également être employées à la lutte contre les maladies sociales). En outre, elles doivent servir au développement de la protection de la maternité et des nourrissons, à la

formation d'un fonds de réserve et à la couverture des frais d'administration. Afin de décharger la branche d'assurance-maladie de l'Office Central, les mesures préventives contre les maladies sociales, sont aujourd'hui à la charge de l'assurance invalidité-vieillesse-décès.

La loi sur l'assurance-maladie-accidents engage l'Office Central à créer des institutions sanitaires.

La politique sanitaire des institutions d'assurance.

L'Office Central a de tout temps favorisé la création d'institutions sanitaires, d'une part pour des raisons d'économie, les frais d'hospitalisation étant moins onéreux dans les institutions qui sont la propriété de l'Office Central que dans les autres établissements hospitaliers, d'autre part dans l'intérêt d'un rétablissement aussi prompt et aussi complet que possible de la capacité de travail des assurés.

Evitant les longues considérations qui ont porté l'Office Central des Assurances Sociales à créer ses propres établissements, en particulier — exagération de la durée du séjour — multiplication erronée du nombre des cas d'urgence (je donne pour comparaison les prix de journée):

FRAIS D'ENTRETIEN DES ASSURÉS DE L'OFFICE CENTRAL
DANS LES SANATORIA DE 1932

	Prix d'entretien journalier
	—
Augusta (Debrecsen)	5,60 pengös
Joszeff (Gyula)	5,60 —
Erzsebet Koralyné Budaheesi ...	6,00 —
Kutvölgy	5,00 —
Dreiszker Köszeg	5,00 —
Koranyi Rokzsheresztur	5,20 —
Matrai Szanatorium	6,00 —
Osatraföred	7,60 —

PRIX DE REVIENT
DANS LES ÉTABLISSEMENTS APPARTENANT EN PROPRE
A L'OFFICE CENTRAL

	Les frais d'amortissement de l'immeuble et du mobilier	
	y compris	non compris
	—	—
Hôpital central, à Budapest	6,58	4,87
« Vas Jozsef », hôpital ouvrier, à Pestujhely	6,63	5,08
Hôpital ouvrier, à Pesthideghut ...	5,17	4,22
Hôpital ouvrier, à Balatonkenesse..	5,32	3,72
Horthy Miklos, sanatorium ouvrier.	5,93	3,84
« Vas Jozsef », hôpital ouvrier, à Zalagerszeg	4,53	3,46

L'inventaire général des établissements sanitaires appartenant aux institutions d'assurances, est le suivant :

1° Dans l'édifice de l'Office Central se trouve installé le dispensaire principal. Y sont également organisés les centres d'orientation professionnelle et les centres de consultation pré-nuptiale, ainsi que les organes de contrôle et de revision.

Le travail du dispensaire est organisé de façon à mettre à la disposition des malades à n'importe quelle heure de la journée, des spécialistes de tous les domaines de la thérapeutique, des consultations ont lieu constamment du matin au soir.

2° Outre ce dispensaire, l'Office Central possède dix autres centres de consultation installés à différents points de la capitale et dans les quartiers ouvriers de la banlieue. Dans tous ces dispensaires, toutes les spécialités thérapeutiques sont représentées.

3° Les établissements hospitaliers appartenant à l'Office Central :

	Nombre de lits
	—
a) Hôpital central, à Budapest	464
b) Hôpital ouvrier, à Pestujhely	450
c) Sanatorium ouvrier, à Zalaegerszeg	162
d) Sanatorium ouvrier, à Balatonkenesse ..	164
e) Sanatorium ouvrier, à Visegrad	168
f) Maison de convalescence, à Peshideghut.	70
g) Maison de convalescence, à Hevizszent- tandras	47
	—
Nombre total de lits	1.525

*Assurance, prévention et lutte contre les
maladies sociales*

1° Les articles 163, 170 de la loi sur l'assurance maladie-accidents de 1927, contiennent des dispositions sur la protection de la santé et des prescriptions en vue de prévenir les accidents.

En application de ces dispositions, l'Office Central établit à l'adresse de certaines branches professionnelles ou de toutes les entreprises industrielles occupant des assurés, des directives visant soit la protection de la santé, soit la prévention des accidents. Il contrôle ensuite l'exacte application des directives, soit par l'examen des cas de maladie ou d'accidents d'une entreprise, soit des enquêtes sur place.

Ces directives doivent être rédigées en hongrois, et, le cas échéant dans la langue maternelle de la plupart des ouvriers de l'entreprise et affichées à un endroit facilement accessible.

En cas de non observation par l'employeur, des prescriptions de protection, il peut être rendu responsable, en plus des cotisations supplémentaires prévues, des frais d'assistance et de procédure résultant de la maladie ou de l'accident.

L'Office Central peut également confier à l'autorité compétente, le soin de prendre ces mesures de protection sanitaire, celle-ci est tenue de communiquer d'urgence sa décision à l'Office Central. Ce dernier a le droit de recours contre les mesures prises. En tout cas, l'autorité locale est tenue de porter à la connaissance de l'Office Central toutes les dispositions prises

par elle, ainsi que de lui communiquer les contraventions éventuelles des employeurs.

Toutes ces règles sont valables également pour l'Institution d'assurance des employés ainsi que pour l'Institution d'assurance-maladie de la navigation fluviale et des entreprises et organisations qui en dépendent.

Avant le 1^{er} janvier 1932, les cotisations d'assurance-maladie de l'Office Central pouvaient être utilisées également en vue de la prévention des maladies sociales. Afin de décharger la branche de l'assurance-maladie, l'article 23 de l'ordonnance Z 9090/31, a transféré cette tâche à l'assurance invalidité-vieillesse-décès. Or, à l'exception des gens de maison, le cercle des assurés est identique, qu'il s'agisse de la branche maladie, accidents, vieillesse, de sorte que cette mesure ne portait en fait, aucune restriction de l'activité de l'Office Central dans le domaine de la lutte contre les maladies sociales.

Dans cet ordre d'idées, il est à remarquer que l'assurance invalidité-vieillesse-décès, déploie dans ce domaine une vive activité.

Les dispositions concernant l'action curative et préventive de l'assurance invalidité-vieillesse-décès, sont contenues dans les chapitres 86-100 de la loi de 1928. D'après ces dispositions, l'Office Central est chargé d'organiser un service de santé qui a comme tâche de prendre toutes les mesures en vue de prévenir l'invalidité, de retarder l'avènement de l'invalidité et de guérir l'invalidité temporaire. Avec les moyens qui sont à sa disposition, la section de l'assurance invali-

dité-vieillesse-décès de l'Office Central, peut faire construire et entretenir des établissements sanitaires (sanatoria pour ouvriers tuberculeux, établissements pour cures thermales, centres d'assistance, maisons de convalescence).

D'après le chapitre 87 de la loi sur l'assurance invalidité-vieillesse-décès, les mesures préventives doivent en premier lieu être dirigées vers la lutte contre les maladies sociales.

Une mesure préventive plus efficace encore est prévue par le chapitre 99 de la loi 1928, selon lequel les assurés obligatoires au-dessous de 17 ans, sont tenus de passer au cours de la première année d'assurance, deux examens, l'un d'ordre médical, l'autre d'ordre psychotechnique. L'examen médical fournit l'occasion de soumettre sans tarder à un traitement curatif les enfants qui en ont besoin. D'autre part, il ressort de l'examen psychotechnique, si le métier choisi correspond bien à la constitution physique et psychique de l'assuré.

L'assuré n'est pas lié par le résultat de ces deux épreuves, mais néanmoins ces examens sont intéressants pour deux raisons :

1° Parce qu'ils représentent le premier degré d'une enquête sanitaire systématique et régulière; 2° parce qu'ils contribuent à supprimer les causes les plus fréquentes d'une invalidité prématurée.

Selon les dispositions législatives, les cotisations à l'assurance invalidité-vieillesse-décès peuvent être utilisées aux fins d'une politique sanitaire et de traitement curatif, jusqu'à concurrence de 6 % (chapitre 138).

En dehors de la protection de la femme et du nourrisson, l'Office Central s'occupe de la prévention de la tuberculose, des maladies vénériennes, du cancer, de l'alcoolisme et du rhumatisme. A cet effet, il a dépensé en 1932, 20.000 pengös pour la protection de la mère et du nourrisson, et 77.177 pengös pour la lutte contre les maladies sociales. En somme, l'activité de l'Office Central dans le domaine de la lutte contre les maladies sociales, n'est qu'à ses débuts et il appartiendra aux années prochaines de la développer dans la mesure où les dispositions législatives l'y engagent.

La prévention dans le domaine de la tuberculose, a été activée grâce aux infirmières visiteuses des organismes avec lesquels l'Office Central a conclu des accords. En 1932, l'Office Central a versé des subsides à six institutions qui s'occupent de la prévention de la tuberculose. Ces institutions ont fait examiner par un spécialiste plus de 8.000 assurés; les infirmières visiteuses ont fait plus de 3.000 visites.

2° La législation (chapitre 98 de la loi de 1928), sous réserve de l'approbation du Ministre de l'Intérieur, autorise la création commune d'établissements sanitaires par les institutions d'assurance maladie-accidents d'une part et d'assurance invalidité-vieillesse-décès, d'autre part.

A cet effet, l'Office Central a entretenu des communautés de travail avec l'Institut de politique sociale à Ujpest, et avec les associations de lutte contre la tuberculose de Baja, Gyula, Kaposvar, Sopron, Szombathely. En outre, il a accordé des subsides à la Fédération Stéphanie pour la protection des mères et nour-

rissons, à la « Croix-Rouge », à l'Institut d'hygiène sociale et son musée, etc...

L'exploitation directe est la principale directive qui se dégage de l'organisation sanitaire des Caisses de Hongrie.

Elle est dirigée par les médecins-chefs de caisses que nous retrouvons une fois de plus, orientant toute la politique des institutions d'assurances et recevant des médecins habitués à soigner les assurés sociaux, toutes les indications techniques propres à permettre la statistique, les observations et les déductions.

Italie

Je suis mal documenté sur les règlements italiens d'assurance sociale ayant réservé leur étude pour un voyage qui n'a pu être réalisé à temps.

Il est d'autant plus difficile de traiter le sujet par références bibliographiques que le régime fasciste n'a pas terminé le développement de son gigantesque et remarquable programme social.

L'organisation corporative évolue encore, entraînant des modifications dans l'assurance des travailleurs.

Je m'aiderai de quelques publications et de ce que j'ai rencontré sans le chercher dans les villes de l'Italie du nord, au début de 1935.

Pour mettre en relief les données de prophylaxie, il faut isoler l'assurance obligatoire en cas de tuberculose en face du système assez vaste et compliqué réunissant :

- l'assurance maladie et ses six compartiments,
- l'assurance maternité obligatoire,
- l'assurance invalidité-vieillesse-décès (salariés et gens de mer,
- l'assurance chômage obligatoire,
- l'assurance spéciale au personnel des services publics (plusieurs catégories).

L'assurance maladie n'est en principe obligatoire que pour les nouvelles provinces et les gens de mer et de l'air. Toutefois, un décret-loi du 6 mai 1928 relatif aux contrats collectifs de travail, stipule que ceux-ci

ne pourront être approuvés et publiés que s'ils contiennent des dispositions précises sur la protection des travailleurs en cas de maladie. En conséquence, des Caisses mutuelles d'assurance maladie ont été instituées conformément aux stipulations de la charte du travail qui en pose le principe.

Ces Caisses sont formées entre les organisations patronales et ouvrières sous le contrôle du Ministre des corporations.

Leurs règles de fonctionnement diffèrent :

Pour les travailleurs de l'industrie	1.317.895 en 1933	
Pour les employés de commerce	237.958	—
Pour les travailleurs de l'agriculture	?	
Pour les travailleurs de transports terrestres et fluviaux (sauf chemin de fer de l'Etat)	56.000	—
Pour les gens de mer et de l'air	41.654	—
Pour les habitants des nouvelles provinces où le décret du 29 novembre 1925 et la loi du 23 janvier 1933 ont maintenu la loi autrichienne de 1888 en l'amen-		
dant	142.520	—

L'assurance tuberculeuse, trouve ses bases légales dans le décret royal du 27 octobre 1927, complété par de nombreux textes plus récents.

Elle s'étend aux salariés, ouvriers, employés ou domestiques de 15 à 65 ans. Sont exclus les employés gagnant mensuellement plus de 800 liras, le personnel

de l'Etat, de l'administration, de la Maison Royale et des institutions publiques de bienfaisance.

La gestion incombe à un comité qui siège à l'Institut national fasciste de la Prévoyance sociale.

L'Institut pourvoit à la construction et à l'aménagement d'institutions hospitalières sur avis des consortiums provinciaux anti-tuberculeux intéressés et après approbation des plans, devis et questions sanitaires par le Ministre de l'Intérieur.

Pour une cotisation de 1 lire par quinzaine, partagée avec le patron (doublée quand le salaire journalier dépasse 8 lires), l'assurance couvre après 12 versements bimensuels, toutes les manifestations de la tuberculose nécessitant un traitement médical.

Il s'agit surtout de prestations en nature.

Les prestations en espèces s'adressent seulement aux charges de famille de l'assuré malade hospitalisé ou en cure à domicile.

La collaboration est à la base du dépistage de l'affection assurée.

Les consortia provinciaux de lutte antituberculeuse doivent organiser les dispensaires et la prophylaxie générale de la maladie.

Le dépistage leur est confié.

Ils reçoivent en échange l'appui financier très large de l'Assurance Tuberculose.

Collaborent également à ce dépistage et à la certitude du diagnostic :

1° Les établissements hospitaliers de la Caisse Nationale d'A.S. ou les établissements ayant contracté avec elle.

2° Les autres organismes désignés par le Comité spécial d'Assurance Tuberculeuse.

Lorsque le diagnostic est établi par le dispensaire antituberculeux, un médecin de confiance de la Caisse est appelé en consultation.

L'emploi de dispensaires transportables pour le diagnostic est expressément prévu dans des cas bien déterminés.

Le traitement est donné, soit à domicile, par un médecin de l'Institut national fasciste de prévoyance sociale, soit dans un établissement de cette Caisse qui a fait exécuter par sa filiale « assurance tuberculeuse » un très vaste programme d'armement antituberculeux de 450 millions de liras, en construction d'une cinquantaine de grands établissements avec plus de 17.000 lits, la dépense d'établissement par lit étant de 25.000 liras en moyenne.

J'aurais voulu connaître la participation éventuelle de l'Institut national fasciste de prévoyance sociale et des A.S. en général, aux services sociaux de l'œuvre nationale pour la protection de la Maternité et de l'Enfance, aux œuvres d'assistance à la jeunesse (Balilla et Mutualité scolaire) et surtout à l'Opéra nationale dopolavoro qui « *stimule, constitue et ordonne les institutions susceptibles d'élever, au point de vue physique et moral, les travailleurs manuels et intellectuels pendant leurs heures de loisir* ».

Je crois seulement que l'assurance sociale (accidents) garantit tous les risques encourus par les manifestations sportives du « dopolavoro »,

En matière de collaboration, il faut signaler l'activité « del patronato nazionale par l'Assistenza sociale ».

Cet institut de patronage créé par les décrets-lois des 26 juin 1925, 24 décembre 1927 et 27 septembre 1930, veille à l'application équitable des lois sociales et en particulier des lois de prévoyance.

Il examine gratuitement à la requête des intéressés les décisions prises par les organes de l'Assurance sociale en particulier, intervient dans les cas litigieux, s'occupe des procès, mais d'une manière plus générale, surveille l'application des lois en faveur des travailleurs.

Son rôle n'est pas négligeable en matière de prévention des maladies de l'hygiène générale puisqu'il a été appelé à faire effectuer par des médecins ayant valeur d'experts 172.491 visites sanitaires en 1933.

Japon

Le rapport présenté en 1934 au B.I.T. par le Bureau des Affaires Sociales au Ministère de l'Intérieur, signale que le Gouvernement s'efforce de prévenir les maladies, mais sans détails, aussi j'aurai peu de renseignements à fournir sur ce pays lointain, mais tellement en vedette à l'heure actuelle.

L'assurance sociale y est régie par la loi N° 70 du 22 avril 1922 sur les mines et les industries insalubres, en application depuis juillet 1926.

Les lois des 13 et 26 mars 1934, ont étendu le champ d'application à toutes les entreprises occupant plus de cinq ouvriers, mais aux seuls ouvriers dont le salaire annuel est inférieur à 1.200 yens. L'affiliation est facultative pour les autres salariés.

D'autres systèmes assurent contre les accidents et contre le chômage.

Les 1.700.000 assurés (1934) sont administrés :

a) 1/3 par des caisses autonomes d'entreprises groupant au moins 300 membres.

b) le reste par 50 offices d'assurance correspondant aux circonscriptions préfectorales.

Les cotisations sont inférieures à 6 % du salaire à partager par l'employeur responsable de leur prélèvement. Il y a seize catégories.

Les prestations intéressent l'assistance médicale en cas de maladie et de maternité, les indemnités d'incapacité temporaire ou permanente et une indemnité de décès égale ou supérieure au salaire annuel.

Le tiers payant, règle les prestations médico-pharmaceutiques qui sont fournies gratuitement aux malades, en particulier par 31.427 médecins agréés dans un corps médical de 48.000 praticiens.

Le numéro de février 1936 de la *Revue internationale du travail*, donne des détails sur l'organisation de l'assurance japonaise.

Outillage sanitaire. — L'article 23 de la loi d'assurance maladie permet toutes mesures pour la protection de la santé des assurés.

L'ordonnance (N° 36) du Ministère de l'Intérieur, en date du 1^{er} juillet 1926, qui fixait la mise en application de la loi, imposait aux Institutions d'assurance les devoirs suivants :

- 1° Propagande dans le domaine de l'hygiène.
- 2° Mesures de prévention des maladies et des accidents.
- 3° Mesures relatives aux examens médicaux.
- 4° Mesures relatives aux loisirs.
- 5° Mesures que l'assureur juge nécessaires en sus des précédentes.

La réalisation pratique est un ensemble de « Bureaux de Consultations sanitaires » créés auprès des divers offices d'assurance sociale.

On relève la création volontaire par les Caisses d'hôpitaux, sanatoria, etc., malgré que le trésor public n'encourage personne par ses subventions.

Les Caisses des grosses firmes, et le Japon en possède qui ont une puissance nationale, ont des services médico-sociaux fortement organisés.

Un office territorial est indiqué comme gérant :

- 4 ambulatoria.
- 2 établissements médicaux dans des stations thermales.
- 2 établissements de cure par ultra-violets (ouverts au public).
- 4 établissements de soleil artificiel (ouverts au public).
- 8 établissements de radiothérapie.
- 6 bureaux de consultations sanitaires.
- 2 maisons de convalescence (ouvertes aux seuls assurés).
- 2 sanatoria (ouverts aux seuls assurés).

J'aurais voulu connaître les rapports des institutions d'assurance avec l'Assistance aux indigents et les autres formes d'assistance publique ou privée.

Cliniques de maternité avec centres d'infirmières-visiteuses.

Hospices pour jeunes enfants.

Offices de secours à domicile.

Offices d'habitations à bon marché et le *Dojunkwai*, organisation pour l'amélioration du logement.

Et surtout avec les 313 dispensaires, 39 asiles et 27 sanatoria signalés par le B.I.T. comme ayant assisté en 1931, respectivement : 761.000 consultants, 7.300 aliénés et 7.000 tuberculeux.

Je regrette de n'avoir pas eu le temps de correspondre pour connaître les relations probables de l'assurance sociale avec le Block Comittee System, qui fut créé en 1917 pour porter assistance aux personnes non couvertes par la loi.

Dans les Services sociaux, on lit qu'en outre « *Le B.C.S. est chargé de veiller à l'application pratique et effective de l'assistance aux familles pauvres. Dans ce but, un comité composé de volontaires est organisé*

dans chaque quartier où sévit le paupérisme. Les membres de ce comité doivent, de leur propre initiative et en s'inspirant d'un esprit de mutuelle assistance, se mettre en contact direct avec les ménages indigents et s'enquérir de leurs conditions de vie. L'organisation des Block Committees doit également travailler à prévenir la misère et à améliorer le niveau de vie en général.

L'institution s'est développée systématiquement et s'étend à tout le pays. Le nombre de ses membres dépassait 36.000 en 1933, s'occupant de 395.000 familles. Chaque membre a dû s'occuper en moyenne de 14 ménages citadins et 80 ruraux.

Dans la plus grande partie des 5 millions d'interventions une aide matérielle a été donnée à l'intéressé en vue de son entretien général; viennent ensuite les cas d'assistance maladie, puis de placement de chômeurs et de protection des enfants.

Dépenses totales estimées pour 1934 à 945.000 yens.

Dans les systèmes nationaux analysés, le Japon est comme la France un pays où l'assurance sociale est d'application assez récente. Elle est moins complète qu'en France.

C'est la première fois que nous trouvons implicitement, dans un texte officiel des directives relatives aux loisirs de la population économiquement faible.

Norvège

En dehors de l'assurance accidents obligatoire et de la garantie facultative contre le chômage, la loi norvégienne prévoit une assurance maladie maternité obligatoire et facultative, établie par la loi du 6 juin 1930, amendée le 27 mai 1932 et le 16 juin 1933.

Y sont assujettis tous les salariés de plus de 15 ans, ouvriers, domestiques ou autres, gagnant moins de 4.500 couronnes par an. Y sont admis de 15 à 70 ans, les individus ayant un revenu inférieur à 6.000 couronnes. Cela représente 650.000 assurés qui forment avec leurs familles 1.500.000 bénéficiaires. Plus de la moitié de la population (2.814.000 en 1930).

La loi fonctionne sur la base de Caisses locales au nombre d'une au moins par commune.

Il existe aussi des Caisses d'au moins 200 membres attachées à des entreprises.

Le contrôle dépend de l'Office National d'Assurance.

Moyennant des cotisations variables par catégorie et partagées comme suit :

	Salarié	Patron	Etat	Commune
	—	—	—	—
Assurance obligatoire	6/10 ^e	1/10 ^e	2/10 ^e	1/10 ^e
Assurance facultative :				
Jusqu'à 4.500 couronnes . . .	7/10 ^e	0	2/10 ^e	1/10 ^e
Au-delà de 4.500 couronnes.	10/10 ^e	0	0	0

Les caisses délivrent un ensemble de prestations fixées à l'article 13.

L'Assistance médicale aux soins dentaires (extraction seulement).

Le traitement physiothérapique.

Les médicaments pour les accidents seulement.

La sage-femme pour les accouchements survenant dix mois après l'affiliation.

L'assistance médicale ou obstétricale peut être remplacée par l'hospitalisation ou le placement.

Le médecin est appelé avec le principe de libre choix, sous réserve de la plus courte distance, et payé, sans ticket modérateur, à l'acte, directement s'il n'a pas signé de contrat spécial, par la caisse si le praticien s'est engagé.

Les contrats actuels ont constitué pour chaque département un comité de contrôle composé de trois médecins désignés par la Caisse et par le groupement local des médecins pour contrôler le praticien traitant.

Pour contrôler les malades, certaines Caisses ont des médecins fonctionnaires-contrôleurs.

D'ailleurs, l'article 27 de la loi prévoit que les praticiens appelés à traiter les membres de la caisse maladie sont tenus d'informer la Caisses du diagnostic et de fournir toutes informations nécessaires pour qu'elle puisse déterminer le droit aux prestations.

« Les articles 37 et 53 de la loi norvégienne ne sont pas impératifs. Bien au contraire, l'article 37 dispose que, lorsque pendant deux ans le fonds de réserve d'une caisse-maladie était égal à 25 couronnes par tête de membre, la caisse *peut*, sous réserve de l'approbation de l'Office national d'assurance, décider d'affecter le capital en sus à des buts ayant trait aux soins

des malades (soins dentaires, médicaments, établissements de cure, etc...).

De même, l'article 53 stipule que, lorsque l'actif du Fonds de compensation excède 10 couronnes par tête d'assuré, le capital en sus *peut* être affecté à des buts analogues à ceux prévus par l'article 37 ».

Quelques grandes Caisses ont édifié une clinique physiothérapique, dont les méthodes correspondent à la médication en vogue dans les pays scandinaves et des salles de pansements, mais aucune Caisse d'assurance maladie n'exploite directement l'hôpital, laboratoire, ou sanatorium.

Les Caisses ont versé des subsides à l'organisation de visites médicales, pour soins dentaires aux enfants d'âge scolaire, pour les bureaux de consultations maternité, pour la fourniture d'infirmières aux malades. Les enfants sont visités gratuitement à l'école aux frais des communes, et reçoivent souvent les soins dentaires gratuits; mais comme tous les hôpitaux, sanas, etc., tout est à la charge des communes ou de l'Etat, dont les budgets d'assistance atteignent 28 à 30.000.000 de couronnes.

Les statistiques d'application font défaut, toutefois, on sait que par rapport à l'ensemble du budget d'assurance, les sommes affectées à la prévention ne dépassent pas 10.000 couronnes par an. Elles ne figurent pas, ventilées à part, dans les dépenses des exercices 1933 ni 1934.

Il s'agit uniquement de subvention.

Les bulletins officiels ont toujours montré le bon état sanitaire naturel des norvégiens.

Roumanie

Abandonnant les régimes variés : Ancien royaume et Bessarabie. (Loi roumaine du 25 janvier 1912). Ardéal. (Loi Hongroise de 1907). - Bukovine. (Loi autrichienne) la Roumanie a uniformisé son système d'assurances sociales par une loi parue au *Monitorul Oficial*, le 8 avril 1933, n° 83.

L'Assurance maladie est obligatoire pour les salariés et couvre leur famille.

L'Assurance invalidité vieillesse a fusionné le 18 mai 1932 les deux régimes Hongrois et Ancien Royaume. Elle est comme la maladie, obligatoire aux salariés de l'industrie et du commerce et aux artisans.

Le rôle des médecins est prépondérant, ils sont en effet :

1° Chargés de la direction, de l'inspection et du contrôle.

2° Médecins consultants.

3° Membres du personnel auxiliaire.

Pour être médecin-chef, il faut avoir 8 ans de pratique médicale ou 5 ans de médecine d'assurance, ou avoir rempli les fonctions de médecin hygiéniste pendant 3 ans.

Un service de consultations est organisé dans toutes les localités ayant plus de 2.000 assurés, et si possible avec le secours de plusieurs spécialistes (art. 203 du règlement d'application du 14 octobre 1933).

L'article 100 du même règlement autorise les Caisse à créer des pharmacies à l'usage exclusif de leurs

membres, mais on ne trouve rien ayant trait à l'armement sanitaire proprement dit.

Seul l'article 73 de la loi appelle la prévention: *les médecins occupés par chaque caisse devront constituer des commissions de 3 à 7 membres ayant rôle consultatif pour les questions médicales. Le président de la Caisse et le docteur pourront toujours assister aux réunions.*

L'article 237 du règlement ajoute: *Cette commission est notamment chargée d'établir les besoins de la caisse en matière d'outillage sanitaire, de proposer des mesures de prophylaxie, d'isolement, etc... Elle doit réunir les informations et faire des propositions aux autorités compétentes en vue des mesures de prophylaxie, d'hygiène ».*

C'est tout ce que j'ai trouvé comme documents en français. Il existe à Genève de nombreux documents en roumain.

Suisse

Si la loi fédérale du 13 juin 1911 a institué l'assurance obligatoire en cas d'accidents du travail, elle n'a pas imposé l'obligation d'assurance en cas de maladie. Elle laisse seulement aux cantons le droit de décréter l'obligation. Ils en ont usé différemment.

L'assurance maladie cantonale est obligatoire dans Appenzell Rhodes extérieures, Appenzel Rhodes intérieures, Bâle ville, Saint-Gall et Thurgovie, mais avec des champs d'application différents.

D'autres cantons ont délégué aux communes le soin d'organiser l'assurance obligatoire.

En plus, Genève, Fribourg et Vaud ont l'assurance cantonale obligatoire pour les écoliers, Soleure et le Valais, l'assurance obligatoire scolaire communale seulement.

L'assurance invalidité-vieillesse est obligatoire pour les travailleurs économiquement faibles en Appenzell Rhodes extérieures, vieillesse-décès à Bâle-Ville, vieillesse et invalidité à Glaris.

Quelle que soit la législation partielle, l'article 23 de la loi fédérale donne aux caisses le droit à la déclaration du diagnostic sans lequel elles ne sont pas tenues d'acquitter des frais médicaux non justifiés.

La loi sur la tuberculose prévoit de manière expresse la communication du diagnostic à la caisse de réassurance, chargée des prestations aux tuberculeux après épuisement des droits accordés par la caisse maladie.

Cette communication peut être faite dans un des trois langues internationales, ou en latin.

L'article 18 de la même loi autorise les Caisses à engager des médecins-conseils chargés notamment de surveiller le service médical et de contrôler malade et praticien.

Les textes ne comportent aucune disposition visant l'action des caisses maladie dans le domaine sanitaire.

En réalité, les tendances des Caisses se font surtout sentir pour la création d'établissements à gestion directe, plus timidement pour le développement de l'armement existant.

Les caisses suisses, quand elles font un effort pour la prévention le font en guerre antituberculeuse. Une collaboration extrêmement étroite existe entre les A.S., les services publics d'hygiène et les œuvres privées.

Cette collaboration est l'application stricte de la loi fédérale contre la tuberculose ayant pour objet :

1° L'institution d'une collaboration entre les services publics et privés d'action antituberculeuse.

2° L'octroi efficace de l'aide financière de l'Etat aux institutions antituberculeuses.

3° L'établissement d'un droit de contrôle suffisant pour veiller à ce que l'unité d'action soit instituée et maintenue sur tout le territoire de l'Etat.

Cette loi comporte une disposition d'après laquelle la Confédération alloue des subsides spéciaux aux Caisses maladie qui, statutairement, s'obligent à des prestations spéciales en faveur des assurés tuberculeux.

Ces prestations relèvent des Caisses de réassurance qui fonctionnent depuis le début de 1933.

A noter que dans les pays de montagne, l'infirmière est largement employée par les Caisses pour aider aux soins, sous la direction du médecin et veiller à l'observation à domicile des règles d'hygiène et de prévention.

Tchécoslovaquie

A la libération de la nation Tchécoslovaque par les traités de 1919, les A.S. étaient réglementées par une législation antérieure à la guerre, soit pour la Bohême et la Moravie-Silésie la législation autrichienne et pour la Slovaquie, la législation hongroise.

En ce qui concerne *la maladie et la maternité*, la loi tchécoslovaque du 9 octobre 1924 unifie tous les systèmes et assujettit tous les salariés.

L'assurance obligatoire s'étend également aux mineurs affiliés aux Caisses de secours organisées par la loi du 11 juillet 1922.

Elle s'augmente d'une assurance facultative pour les personnes que la cessation ou le changement d'occupation raye de l'assurance obligatoire.

Au total: 2.900.000 assurés.

En matière *d'invalidité-vieillesse-décès*, existent des institutions différentes:

A.I.D. des ouvriers: 1.800.000 environ en 1934.

A.I.V.D. des employés: 300.000 environ en 1934.

A.I.V.D. des mineurs: 100.000 environ en 1934.

Je ne détaillerai pas le régime des cotisations, de prestations et de gestion des différents groupes d'assurés. J'en ai parlé par ailleurs: *Quelques notes sur l'hygiène et la médecine sociales en Tchécoslovaquie*. (Revue d'Hygiène et de Médecine sociales, déc. 1935).

Toutes les explications sur l'Assurance Sociale Tchécoslovaque sont publiées en français, on les trouve en particulier dans: *les A.S. en Tchécoslova-*

quie. Prague 1931 et dans la monographie sur *l'Institution centrale d'A.S. Son activité 1926-1931*. Prague 1931. *Ustredni Socialni Pojstovna*.

Précisons à nouveau que cette Institution gère l'invalidité-vieillesse des salariés pour toute la République et contrôle toutes les Caisses maladies qui sont (chiffres de 1931):

- 189 Caisses de district,
- 63 Caisses agricoles,
- 21 Caisses d'entreprises,
- 22 Caisses coopératives,
- 1 Caisse d'association,
- 6 Caisses enregistrées.

Les fortes subventions accordées aux diverses organisations d'hygiène sociale afin de faire bénéficier les assurés et leurs familles d'une assistance médico-hygiénique meilleure, sont autorisées aux Institutions d'A.S. par le paragraphe 184 de la loi 221/1934 précitée.

Le docteur BRESKY, médecin-chef de l'Institution, m'a confié le prix élevé de la prévention; malgré cela ses services s'y adonnent activement.

Les propositions d'admission au traitement médical lui sont présentées par les Caisses maladie chaque fois qu'un traitement dépassant les possibilités de l'assurance maladie, traitement sanatorial, par exemple, produira la guérison ou une amélioration telle que la capacité de gain sera récupérée ou l'invalidité retardée.

Ces propositions sont appuyées d'un rapport précis, établi par le centre d'examen régional de l'Institution centrale.

Ce centre opère une sélection des cas en se basant sur des directives établies par l'Institut central et contenant les indications médicales dont l'emploi est facilité par des signes graphiques et une nomenclature uniformisée.

Contre les maladies sociales, la collaboration entre les Institutions d'A.S. et les organisations d'hygiène sociale est codifiée par des *Directives de l'Institut Central*.

Ces directives très importantes ont fait l'objet d'une circulaire (N° 267) de l'Institution Centrale d'A.S. de Tchécoslovaquie, le 31 octobre 1929.

Elles ont été adressées à toutes les Institutions d'Assurance maladie du territoire et publiées dans le bulletin de l'Institution, puis, traduites par les soins du B.I.T. et du secrétariat de la S.D.N.

Au risque d'alourdir un ouvrage déjà volumineux, je reproduis *in extenso* les :

DIRECTIVES VISANT LA COLLABORATION DES INSTITUTIONS
DE L'ASSURANCE SOCIALE ET DES ORGANISATIONS
D'HYGIÈNE SOCIALE POUR L'ASSISTANCE AUX MÈRES
ET AUX NOURRISSONS

I. — *Principes et objet*

Eu égard à l'état actuel de l'organisation de l'assistance bénévole dans le domaine de l'hygiène sociale, des directives ont été adoptées d'un commun accord pour la collaboration des institutions de l'assurance-maladie, ou de l'institution

centrale de l'assurance sociale, avec les organismes d'hygiène sociale.

L'institution centrale de l'assurance sociale n'oublie cependant pas qu'il est nécessaire que les organisations d'hygiène sociale se développent à l'avenir d'une manière appropriée, dans cette intention, elle fera tous ses efforts pour que l'activité déployée en matière de consultations d'hygiène sociale soit centralisée dans les divers districts ou circonscriptions (Sprengel), étant bien entendu que les locaux devront être aménagés comme l'exige la diversité des objets des différentes consultations; en outre, l'institution centrale de l'assurance sociale usera de son influence pour obtenir que toutes les dépenses, tant d'installation que de fonctionnement, des diverses consultations soient à l'avenir payées autant que possible sur les fonds publics. Les diverses branches de l'activité sociale de ces centres de consultations (assistance aux mères et aux nourrissons, assistance aux tuberculeux et aux syphilitiques, etc.) devraient être confiées à des sections distinctes affiliées aux organisations centrales intéressées. L'activité administrative et technique de ces sections serait exercée dans chaque district (Sprengel) par un seul bureau dont le personnel (possédant la formation technique requise) devrait également être rémunéré sur les fonds publics.

Pour assurer la collaboration harmonieuse des diverses sections, il faudrait, d'une part, utiliser des bureaux et un matériel communs (formulaires, listes, etc.), d'autre part, charger du service les mêmes fonctionnaires qui, dès que leur nombre augmentera devraient se partager le travail territorialement, mais non pas par matières, et enfin instituer aussi une commission centrale commune qui devrait se composer de fonctionnaires des diverses sections et de représentants des principales institutions et organisations notamment des institutions de l'assurance-maladie.

Tel est le but que poursuit l'institution centrale de l'assurance sociale et elle exige que toutes les organisations auxquelles elle accorde des subventions contribuent également à la réalisation de ce but.

Dans les conditions actuelles, l'unification projetée n'étant pas encore réalisée, l'institution centrale de l'assurance sociale reconnaît comme organisations d'hygiène sociale appelées à la collaboration en vue de l'assistance aux femmes enceintes, aux mères (nourrices) et aux enfants jusqu'à l'âge de six ans, sous forme de consultations, de contrôle et d'assistance sanitaire et sociale, — abstraction faite de quelques cas isolés dans lesquels il est dérogé à ce principe pour des raisons graves —: en Bohême, les sections pour la protection des mères et des nourrissons, ou des enfants, créées auprès des « Okrenni pèce o mlàdez », ou de la « Os. ochrana matek a děti » et des organisations allemandes similaires; en Moravie-Silésie, les sections pour la protection des mères et des nourrissons créées auprès des « Okresni pèce o mlàdez », de la « Ceská zemzkà pèce o mlàdez » à Brno et de la « Ceská zemzkà ustredna propéci o mlàdez » à Troppau, ainsi que des organisations allemandes similaires; en Slovaquie et en Russie subcarpatique, les sections de la Croix-Rouge tchécoslovaque.

Ces institutions exercent une activité préventive et elles n'ont pas à contrôler la situation des femmes assurées malades pour savoir si celles-ci sont oui ou non des salariées.

Dans la mesure où l'institution centrale de l'assurance sociale accorde aux organisations mentionnées des subventions en espèces pour l'encouragement de leur activité, lesdites subventions doivent, au sens du paragraphe 184 de la loi n° 221, 1924, être consacrées uniquement à l'activité visant à prévenir l'invalidité prématurée des assurés et des membres de la famille de ceux-ci et à améliorer leur état de santé.

Les fonds accordés par l'institution centrale de l'assurance sociale seront versés à l'organisation centrale, provinciale ou nationale, qui les utilisera en vue des objets indiqués, conformément aux directives qui précèdent.

L'organisation centrale en question a l'obligation de faire rapport sur son activité une fois par an à l'institution centrale de l'assurance sociale et de lui soumettre dans les délais prescrits des comptes détaillés des fonds qui lui ont été accordés,

L'organisation centrale est tenue de fournir à tout moment, à la demande de l'institution centrale de l'assurance sociale, les rapports et explications requis. L'institution centrale de l'assurance sociale se réserve le droit de faire contrôler par ses propres organes l'organisation centrale et ses sections.

Les relations entre l'institution centrale de l'assurance sociale et les diverses sections de district des organisations centrales susmentionnées sont assurées en général par l'intermédiaire des organisations centrales provinciales.

II. — *Organisation*

1. — L'organisation centrale provinciale veillera à ce qu'il soit organisé dans tous les districts des bureaux de consultations pour les mères, les nourrissons et les enfants jusqu'à l'âge de six ans. Lors de l'institution de centres de consultations, qui se fera progressivement, il devra être tenu compte avant tout, des besoins des régions industrielles ayant une forte mortalité infantile. Les centres de consultations seront chargés de l'assistance aux femmes enceintes, aux mères (nourrices) et aux enfants jusqu'à l'âge de six ans. Les bureaux de consultations qui existent déjà devront s'adapter à ces tâches.

2. — Les bureaux de consultations pour les mères (nourrices) et les enfants jusqu'à l'âge de six ans doivent être pourvus d'installations appropriées.

3. — Chaque centre de consultations sera dirigé par un médecin. Dans le ressort de chaque tribunal, il devra être engagé au moins une infirmière qualifiée pour l'assistance aux mères et aux nourrissons; cette infirmière devra posséder une formation professionnelle et une pratique d'une année au moins en matière d'assistance sociale.

4. — Tout centre de consultations s'engage à travailler de concert avec le centre spécial de consultations de l'autre nationalité ainsi qu'à collaborer de la manière la plus étroite avec les centres de consultations pour les tuberculeux, les syphilitiques, etc. Afin de faire des économies d'un fichier unique,

la section de district (ou la section locale) se mettra en rapport avec la section correspondante de l'organisation tchèque (si une telle section existe dans la localité), et, en outre, avec la section de la Croix-Rouge tchécoslovaque, etc... pour réaliser autant que possible la communauté d'organisation administrative avec des bureaux, des installations de bureau et un personnel dirigeant rétribué (secrétaires, infirmières, etc.); ce personnel sera engagé selon les besoins et la situation locale.

5. — Les visiteuses sociales bénévoles doivent être groupées dans les services pour la protection des mères et des nourrissons des sections de district (ou locales) et être invitées à faire œuvre de secours (par exemple: confection et entretien de layettes et de trousseaux pour les accouchées, destinés à être prêtés, organisation de l'aide dans le ménage des accouchées, soins aux enfants, etc...).

6. — L'œuvre de secours (par exemple: le prêt de layettes et de trousseaux aux accouchées, l'aide dans le ménage des accouchées, les soins aux enfants) devra être instituée selon les besoins, auprès de tous les centres de consultations.

7. — Tous les centres de consultations pour les mères et les nourrissons devront adopter des formulaires d'un type uniforme en vue de l'unification des rapports et de la statistique.

8. — Les médecins des centres de consultations seront rémunérés pour leurs consultations par les organisations d'hygiène sociale intéressées et n'auront pas droit, pour lesdites consultations, à des honoraires spéciaux de l'institution de l'assurance-maladie en raison des diverses prestations fournies aux assurés et aux membres de la famille de ceux-ci.

9. — Les heures d'ouverture des centres de consultations devront être fixées de telle sorte que les assurés (et les membres de la famille de ceux-ci) puissent, en cas de besoin, combiner leur visite au centre de consultations avec leur visite à l'institution d'assurance-maladie.

III. — *Application pratique*

Dans les localités où les conditions requises pour la collaboration des organisations d'assistance aux mères et aux nourrissons avec les institutions d'assurance-maladie attirera, grâce à des moyens appropriés (par voie d'avis dans ses bureaux, etc...) l'attention des femmes assurées et des membres de la famille des assurés sur l'existence des centres de consultations et recommandera aux femmes enceintes et aux mères la visite des dits centres de consultations.

Dans le cas d'espèce, il devra procéder comme suit :

1. — L'institution d'assurance-maladie signale à l'organisation compétente de district (ou locale) d'assistance à l'enfance auprès de laquelle se trouve le centre de consultations, toute femme assurée ou femme appartenant à la famille d'un assuré qui est enceinte et dont elle connaît l'état. L'avis est donné sur un simple formulaire d'un type uniforme, portant le nom et le prénom ainsi que l'adresse exacte de la femme enceinte, avec la mention qu'il s'agit d'une assurée ou d'une femme appartenant à la famille d'un assuré.

2. — L'institution d'assurance invite les femmes assurées enceintes (ou membres de la famille de l'assuré) dès qu'elle entre en relations avec ces femmes, à se rendre au centre de consultations et recommande aux femmes assurées de présenter leur demande d'allocation de grossesse, conformément au paragraphe 95, II, point 2, de la loi 221/1924, par l'intermédiaire du centre de consultations.

L'institution centrale de l'assurance sociale ne fera pas d'objections si, en vue de faciliter les relations avec les femmes assurées, les institutions d'assurance confient aux centres de consultations le soin de payer les allocations de maternité, sous réserve de certaines garanties et seulement si l'assurée ne s'y oppose pas.

3. — L'infirmière prend connaissance des avis signalant les femmes enceintes dans les bureaux de l'organisation de district (ou locale) d'assistance à l'enfance et lorsque la femme enceinte ne s'est pas encore rendue au centre de consultations

à l'invitation de l'institution de l'assurance-maladie, elle l'engage à nouveau à aller s'y faire examiner par un médecin.

Lorsque la femme se rend au centre de consultations, le médecin décide, à la suite de son examen, si un autre examen spécial (par un médecin spécialiste dans une maternité ou clinique d'accouchements) est nécessaire. L'infirmière remet à l'assurée une feuille volante portant des conseils pour les femmes enceintes et fait les démarches pour obtenir les mesures d'assistance nécessaires eu égard aux résultats de l'examen médical et des enquêtes sur la situation sociale et familiale de l'intéressée, auprès de l'association pour l'assistance à l'enfance ou éventuellement auprès de l'institution de l'assurance-maladie (par exemple: examen par un médecin spécialiste, hospitalisation, prêt d'une layette et d'un trousseau d'accouchée, aide dans le ménage de l'accouchée, etc...). Environ deux à trois semaines avant la date présumée de la naissance, l'infirmière se rend compte, soit en s'entretenant avec l'assurée dans le bureau de consultations, soit en la visitant chez elle, s'il n'est pas survenu de changement fâcheux, remet à la femme une feuille volante qui l'instruit sur la manière de nourrir et de soigner les nourrissons, et attire son attention sur l'importance de l'allaitement maternel.

4. — La sage-femme déclare dans les vingt-quatre heures la naissance de l'enfant sur un formulaire d'un type unique, qu'elle adresse sous enveloppe à l'association de district (ou locale) d'assistance à l'enfance. Dans les quarante-huit heures qui suivent la naissance, l'infirmière visite la mère et l'enfant, explique à la mère l'importance de l'allaitement maternel et l'invite à se rendre au centre de consultations. S'il s'agit de la naissance d'un enfant illégitime, l'infirmière réunit les données nécessaires pour l'intervention du tuteur d'office. A titre exceptionnel, et en particulier en cas d'urgence, l'infirmière visite encore la mère les jours suivants et lui renouvelle l'invitation de se rendre au centre de consultations.

5. — Il est recommandé de subordonner le paiement des primes d'allaitement à une attestation du centre de consulta-

tions. L'institution de l'assurance-maladie et l'infirmière devront attirer l'attention de la mère sur cette condition dès avant la naissance de l'enfant.

6. — Au centre de consultations, le médecin et l'infirmière veillent à ce que la durée de l'allaitement de l'enfant soit fixée selon les besoins de l'enfant et prolongée autant que possible, lorsque l'intérêt de l'enfant l'exige et que l'état de santé de la mère le permet, même lorsque le droit à la prime est épuisé.

7. — L'infirmière visite régulièrement les familles pour voir comment les mères se conforment aux instructions du médecin du centre de consultations. Le nombre de visites dépend du caractère et de l'intelligence des mères et de la confiance que l'on peut leur accorder, ainsi que des conditions sociales et hygiéniques de la famille.

8. — Dès que le médecin le prescrit, l'infirmière fait le nécessaire pour un examen par un médecin spécialiste, dans les polycliniques dépendantes des cliniques ou hôpitaux, dans les dispensaires pour tuberculeux, les centres spéciaux de consultations, etc... et veille à ce que les mesures prescrites à la suite de l'examen du médecin spécialiste soient appliquées en fait avec l'aide du centre de consultations, de l'association pour l'assistance à l'enfance ou d'autres institutions.

9. — Lorsqu'il s'agit d'enfants abandonnés, exposés à des dangers, ou orphelins, l'infirmière intervient auprès de l'association de district (ou locale) pour l'assistance à l'enfance entrant en ligne de compte pour que l'enfant soit placé dans une famille ou dans une institution.

IV. — *Représentation*

1. — L'institution centrale de l'assurance sociale sera représentée par un ou deux membres qu'elle désignera à cet effet dans les organisations centrales, provinciales et nationales, des groupements entrant en ligne de compte.

2. — Dans les commissions des associations de district (ou locales) et les conseils d'administration des centres de consul-

tations, les institutions d'assurance-maladie des divers districts, seront représentées par leurs membres.

3. — L'institution d'assurance peut être représentée par un de ses employés ou par un membre de son conseil de direction ou de sa commission de surveillance; il faut veiller à ce que cette représentation ne soit pas purement formelle, mais assure une collaboration effective.

Contre la tuberculose. — Les directives sont aussi détaillées et précises; mais évidemment les modalités diffèrent. Le rôle de l'Assurance est à la fois médical, financier et administratif. Les parts respectives d'action sont nettement déterminées en tenant compte des conditions locales et des besoins des assurés.

L'A.I.V.D. des ouvriers a établi ses propres centres d'examen, bien outillés, remplissant dans leur circonscription le rôle de station d'observation et de triage, contribuant à rendre plus rapide et plus sûr le diagnostic précoce, point essentiel de la prophylaxie antituberculeuse.

Pour l'action antivénérienne, l'assurance maladie-invalidité tchécoslovaque a fait élaborer des règles générales pour le traitement de la syphilis et de la gonorrhée.

Les principes établis en vue du diagnostic, du traitement et de la surveillance post-thérapeutique résument l'expérience clinique la plus récente et servent de règle aux médecins d'assurance.

Ces directives sont le fruit de la collaboration étroite des A.S. avec les associations et les cliniques antivénériennes.

Toujours par le principe de la sélection au moyen de leurs centres d'examens, les institutions de l'assurance ouvrière de Prague choisissent les justiciables des *cures thermales et climatiques*.

La République Tchécoslovaque est un pays extrêmement riche en sources hydrominérales et en stations de montagne; les A.S. n'ont pas manqué d'utiliser ces ressources naturelles et quoique la prestation soit coûteuse elles exploitent des établissements dans plusieurs stations réputées.

Mais ceci appelle la question de la *participation des Assurances Tchécoslovaques à l'outillage sanitaire*.

Avant 1926, il existait uniquement l'armement créé et géré par les caisses maladie et leurs unions, constituant déjà un ensemble d'une vingtaine d'hôpitaux et sanatoria et d'un grand nombre d'établissements thermaux ou de maisons de convalescence.

A la fondation de l'Institut Central d'Assurances Sociales, ce nouvel organisme s'est mis à développer pour son compte une activité parallèle par des installations nouvelles (Bains carbo-gazeux de Teplice) et par l'appui financier qu'il accorde pour les traitements curato-préventifs aux villes d'eaux, cliniques, établissements de repos (avec association Humanitas, sana de Prosečnice).

Il intervient indirectement en réglant la fourniture d'appareils orthopédiques ou de prothèse dentaire.

Il donne des subventions à de nombreux instituts physiothérapiques, radiologiques et radiothérapiques.

De sa fondation en juillet 1926 à 1934 il a dépensé

pour soins préventifs: 161.000.000 kr. qui ont servi à 179.132 individus.

De son côté, l'assurance pension des employés n'est pas inactive, elle a payé dans le même but, 67 millions de couronnes de 1919 à 1934.

Indépendamment de l'Institution d'Assurance pension qui possède des maisons de repos à Luhacovice et à Marienské Larné; la Caisse maladie des employés privés de Prague vient d'acheter pour les malades nerveux, le vieux château de Vráz.

L'Union des Institutions agricoles d'Assurance-Maladie, possédant les bains de boue de Msené.

La Fédération centrale des unions d'Assurance-Maladie, ceux de Velichovka.

L'Office pour assurance des ouvriers en Slovaquie et l'Institution d'A.M. du district de Dvur-Kralové ont des sana pour enfants à Lucivné et à Dvur-Kralové.

A propos de la Tchécoslovaquie, je voudrais encore insister sur deux points, d'ailleurs communs parce que sous le contrôle d'un même savant: *l'enseignement de la médecine sociale et la statistique.*

Le docteur PELC, comme chef de la section d'hygiène sociale à l'Institut d'Hygiène publique de l'Etat a fait exécuter sur les populations économiquement faibles tous les essais propres à améliorer l'alimentation et l'habillement.

D'utilisation immédiate, les conclusions des expériences ont servi à l'élaboration de brochures diffusées par millions dans le pays.

Nommé professeur de Médecine sociale, le docteur Hyneck PELC enseigne à un cadre de spécialistes appelés à devenir les médecins-chefs des caisses ou des unions, les médecins des centres de diagnostic ou plus modestement les praticiens habilités à soigner les malades assurés.

L'originalité de l'enseignement à Prague réside dans la méthode utilisée pour les exercices pratiques. Les étudiants, répartis en groupes sont mis en présence de malades d'assurance, dans toutes les situations légales, illégales ou litigieuses, isolés par la complaisance des médecins-chefs de quelques caisses et envoyés à l'Institut médico-social que dirige le titulaire de la chaire.

Le programme des études comporte des stages administratifs sérieux.

En Tchécoslovaquie, comme dans la plupart des pays étrangers, le diagnostic médical doit, avec les précautions d'usage, être révélé à l'assurance, dont le personnel est lié par le secret professionnel, sous peine de renvoi. C'est sur le diagnostic que reposent les statistiques de morbidité, bases d'orientation chiffrée de la prophylaxie.

Périodiquement, l'Institut central d'assurances publie une grosse brochure in-4° *Statistique d'assurance invalidité-vieillesse et statistique de la morbidité des ouvriers pour les années...* dans le genre de l'analyse écossaise dont j'ai parlé.

Mettant en application les notions contenues dans ses travaux de 1927 et 1929, M. PELC a fait le démembrement complet pour 1934 de la morbidité

dans une caisse de 100.000 adhérents. Il n' a pas encore publié ses conclusions, d'autant plus que l'assurance tchèque donnant les prestations pendant 360 jours, les fiches n'ont pu être arrêtées qu'au 31 décembre 1935. Par anticipation, il m'a soumis les graphiques établis, par sexe, par âge et par maladie dans chaque catégorie. La dissection du contrôle est poussée avec un soin si méticuleux que le travail constitue pour la caisse maladie, pour son médecin-chef et pour tous les praticiens habilités, un document capital au point de vue économique, prophylactique et didactique.

Plus récemment, le professeur PELC vient de publier ses idées très originales sur la prévention dans les A.S.

U.R.S.S.

Les auteurs soviétiques insistent très fort sur la différence de conception de leurs Assurances Sociales avec celle des autres pays.

« La médecine en U.R.S.S. est une fonction de la collectivité pour laquelle la maladie d'un de ses membres est un tort matériel, une dépense causée à celle par l'individu, d'où un devenir inconnu et presque impossible dans les pays capitalisés, de la prophylaxie. Toutes les disciplines cliniques qui sont enseignées en U.R.S.S. le sont en même temps que la prophylaxie » (Docteur ROUBAKINE).

En 1931, le Docteur KARIBSKI dans *Sovjetskoje Zakonodatelstvo* dit que la protection de la santé ne peut être traitée en soi, sans liaisons avec les buts, les tâches et les succès de l'édification du socialisme. Le secours mutuel y est considéré comme un moyen de transformer le pays en une nation industrielle.

Il y a fort à faire si l'on s'en rapporte aux chiffres de la statistique publiée sans arrêt par les Commissariats du Peuple.

Cela entraîne des modifications constantes dans le système assurantiel qui est, au reste, complètement étatisé.

Selon le rapport de B.I.T. auquel j'emprunte mes renseignements, les traits principaux sont :

1° Concentration des efforts vers l'organisation d'un service qui desserve surtout les groupes de population et les entreprises dont l'activité détermine le succès du *Plan*.

- 2° Importance des mesures prophylactiques;
- 3° Gratuité de la médecine soviétique;
- 4° Unité de la médecine soviétique;
- 5° Collaboration des masses ouvrières au service médical.

La base du système d'assurances est incluse dans le Code des lois du travail de la République socialiste fédérative des Soviets de Russie (R.S.F.S.R.) entré en vigueur le 15 novembre 1922.

Les aménagements ont fait depuis, l'objet de plusieurs décisions du Conseil central des syndicats, d'arrêtés du Comité central exécutif, et du Conseil fédéral.

L'affiliation est obligatoire pour quiconque touche un salaire quelque soit le caractère et la durée du travail ou le mode de rémunération, soit pour 22.156.500 personnes en 1933 sur une population de 165.000.000 d'habitants.

Les cotisations sont énormes, mais dues seulement par les entreprises et établissements, sans aucune participation de l'ouvrier qui ne peut jamais être privé du bénéfice des prestations.

Selon des tarifs: normal, réduit et spéciaux, les usines paient de 22 à 10 % des salaires, suivant la catégorie dans laquelle est classée l'industrie.

A ces cotisations s'ajoute une majoration de 0,75 à 1,60 % destinée à la construction de logements ouvriers. Il en résulte des recettes considérables atteignant en 1933: 4.800 millions de roubles.

Les prestations fournies sont assez complètes, mais leur importance variable et leurs conditions de

distribution appelleraient par leur complication des tableaux interminables.

Les prestations et les pensions d'invalidité sont au maximum remplacées par l'hospitalisation et l'hospice d'invalides qui sont rééduqués si possible.

Il n'est évidemment pas question de libre choix, le nombre des médecins est d'ailleurs tellement insuffisant que ces fonctionnaires sont surchargés et ne peuvent pratiquement assurer que le service aux dispensaires.

Tout est gratuit pour l'usager.

Les visites de santé sont obligatoires.

Il n'y a pas de secret médical envers l'administration.

Le service de santé local surveille et dirige l'activité de toutes les institutions locales curatives et préventives et notamment les centres de santé institués dans les principales entreprises industrielles.

Ces centres de santé tendant de plus en plus à devenir les organes principaux de la politique sanitaire.

Tout l'équipement appartient à l'Etat et la gestion en est assurée par les commissaires du peuple des 7 républiques.

En 1933 ont été soignés :

En sanatoria et stations de cure 176.152 assurés ;

En maisons de repos : 973.892 assurés.

A ces établissements s'ajoutent les diverses institutions réalisées dans un but de prophylaxie et d'amélioration des conditions de vie des assurés et de leurs familles.

Le budget y affecté a bondi en 3 ans, d'après le rapport du camarade Saïd Galiev, Commissaire du peuple au travail, auxquelles s'ajoutent les *dépenses d'instructions*:

	Roubles
Jardins d'enfants	52.600.000
Alimentation des écoliers	22.400.000
Maison d'enfants et d'orphelines	16.300.000
Assistances attribuées hors l'école	3.200.000
Préparation des cadres de l'économie nationale..	102.100.000
Préparation des cadres des travailleurs	4.200.000
Instituts et travaux scientifiques	11.400.000
Instruction en matière d'Assurance Sociale	2.500.000
	204.700.000
Et celles pour la <i>construction de logements</i> <i>ouvriers</i>	599.500.000
<i>Des bourses</i>	497.200.000

On voit que même une part de l'instruction publique ou presque repose sur l'assurance sociale.

Le total des dépenses de prophylaxie, d'instruction et d'habitations ouvrières dépassent les dépenses « opératives » proprement dites, prestations et pensions qui sont seulement de 1.550 millions de roubles.

Les dépenses que j'ai détaillées entrent pour 55 % dans les dépenses totales de 1933: 4.803,5 millions,

A signaler les crèches ouvertes pendant la moisson.

Il paraît que les sommes accordées à la prophylaxie augmentent au fur et à mesure du développement du deuxième plan quinquennal (LISS).

En 1930: 0,5 millions de roubles;

En 1931: 4,7 millions de roubles;

En 1932: 136,5 millions de roubles.

Ces chiffres entrent dans les dépenses dites d'assistance médicale dont j'extrais le compte des statistiques d'application pour 1933, d'après les « Services Sociaux ».

	Roubles
<i>Mesures prophylactiques:</i>	
a) Entretien d'établissements prophylactiques.	177.700.000
b) Mesures pour l'hygiène et l'enfance	9.800.000
c) Investissements dans maisons de repos et sanatoriums	63.500.000
Culture physique et parcs de culture et de repos	4.200.000
<i>Assistance médicale:</i>	
a) Entretien d'établissements médicaux	876.400.000
b) Investissements	67.600.000
<i>Contrôle médical et commission d'experts</i>	<i>15.300.000</i>
<i>Alimentation laitière</i>	<i>4.200.000</i>
<i>Crèches:</i>	
a) Entretien	82.000.000
b) Investissements	7.500.000
Alimentation diététique	46.800.000
Total	1.355.000.000

C'est dire, si l'on doit croire ces chiffres, toute l'importance attribuée à la prévision des maladies par les gouvernants soviétiques, expliquant l'acharnement à développer l'éducation populaire en matière sanitaire.

Le deuxième plan pose un problème extrêmement important : développer l'initiative des travailleurs en matière de protection sanitaire. La protection de la santé des travailleurs est l'œuvre des travailleurs eux-mêmes (POBJANSKY).

Si l'on veut au surplus une étude sur l'évolution et la dernière organisation des A.S. en Soviétie, on lira avec profit la *Revue internationale du Travail*, n° de mars 1935.

Yougoslavie

Les grandes étapes de l'Assurance dans le royaume de Yougoslavie se présentent comme suit :

Maladie :

1888. — Assurance obligatoire maladie maternité des salariés de l'industrie et du commerce en Dalmatie et Slovénie.

1907. — Assurance obligatoire maladie maternité des salariés de l'industrie et du commerce en Slovénie.

1909. — Assurance obligatoire maladie maternité des salariés de l'industrie et du commerce en Bosnie et Herzégovine.

1922. — Extension et unification sur l'ensemble du territoire, de l'assurance obligatoire maladie.

En 1934 : 680.000 assurés.

Vieillesse : Mineurs :

1889. — Assurance obligatoire, invalidité-vieillesse-décès des mineurs en Dalmatie et Slovénie.

1924. — Extension aux mineurs de l'ensemble du territoire.

En 1934 : 45.000 assurés.

Employés :

1909. — Assurance obligatoire I.V.D. des employés en Dalmatie et Slovénie.

1934. — Extension aux employés de la navigation maritime.

En 1934 : 10.000 assurés.

Depuis la loi du 14 mai 1922, tout salarié qui possède un contrat de travail quelconque, sans considération de sexe, d'âge, de nationalité, est obligatoirement assuré, même si le travail est intermittent ou se fait à domicile.

L'article 5 permet l'assurance volontaire à toutes les autres personnes.

Les mineurs restent assurés à un régime indépendant (45.000).

Au total, il y a 4 1/2 à 5 % de la population qui est affiliée, et avec les familles qui ont droit à l'assistance médicale à la charge de l'assurance maladie, un dixième de la population totale.

Aux termes de la loi du 14 mars 1922, il existe une seule institution pratiquant l'assurance contre les risques de maladie, maternité, accidents: *l'Institution Centrale d'Assurance ouvrière ou S.U.Z.O.R.*, dont le siège est à Zagreb et qui possède 26 organes régionaux répartis sur la base territoriale.

Une dérogation à l'organisation territoriale est faite pour les entreprises de transport de l'Etat qui ont leur caisse spéciale.

Les Caisses professionnelles pour ouvriers mineurs peuvent être constituées dans les entreprises groupant plus de 2.500 travailleurs.

En 1922, il n'a été maintenu que deux caisses mutuelles, « Merkur » à Zagreb, 1,82 % du nombre des assurés, et la *Caisse maladie des employés privés* à Ljubljana (0,83 %).

Il faut dans ce pays, penser au nombre d'assurés

occupés dans des régions forestières ou montagneuses avec des moyens de communications précaires.

Certaines circonscriptions fortement industrialisées groupent 16 à 17 % du nombre total des assurés au Suzor (Ljubljana), d'autres 1 % (Tuzla) ou 1,44 % (Souchak).

Pour la maladie, il y a 14 classes de salaires de 2,50 à 48 dinars sur lesquels les cotisations varient autour de 7 %.

Les médecins traitants sont habilités par l'Institution Centrale, unis en association, et doivent au contrôle de la Caisse toutes les déclarations de diagnostic.

Ce contrôle est exercé par un médecin-chef de Caisse et par des commissions médicales ayant pour tâche de vérifier le diagnostic du médecin traitant. Il est systématique pour toutes les incapacités de travail et pour tous les placements.

Dans les localités qui sont très éloignées du siège de l'assurance, on se contente de sondages lorsque la statistique révèle des abus.

Il existe en outre des contrôleurs non médecins dont on est en train d'élargir le rôle.

« Le contrôle du malade ne saurait être socialement efficace que si la personne qui l'exerce s'enquiert des conditions de logement et de soins, si elle est capable de donner au malade des conseils d'infirmier, si, le cas échéant, elle prend part activement au traitement et si enfin elle cherche, dépassant aussi le cadre de la loi, à procurer au malade et aux membres de la famille l'aide des autorités ou des sociétés humanitaires et philanthropiques. C'est ainsi que le contrôleur

passera aux yeux du malade, d'un organe indésirable de la Caisse, en un agent utile apportant une aide réelle ».

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette conception séduisante en examinant un système parisien.

L'assurance et les institutions sanitaires

1° La loi sur l'assurance ouvrière (chap. 122) confère à l'Office central d'assurances ouvrières le droit d'instituer ses propres pharmacies, hôpitaux, dispensaires, sanatoria et maisons de cure. Les offices régionaux, à leur tour, peuvent utiliser leurs fonds de réserve pour la création d'institutions sanitaires.

2° Un besoin grandissant se faisait sentir dans les années d'après-guerre, pour le développement des services sanitaires. Les Caisses maladie ont créé leurs propres dispensaires et sanatoria, afin de répondre aux plus urgentes nécessités sanitaires de la population assurée.

3° Au début de 1934, l'Office central était propriétaire des institutions sanitaires suivantes :

a) 144 dispensaires, dont une partie est modestement installée, alors que d'autres sont pourvus d'un outillage répondant à toutes les exigences de la technique médicale moderne. Ces dispensaires ont à leur disposition des médecins-spécialistes de toutes les branches de la médecine. Ainsi, dans le dispensaire de Zagreb, 24 médecins exercent leur spécialité dont trois chirurgiens et un orthopédiste, ainsi que trois spécialistes de la tuberculose.

Des bains pour les ouvriers ont été installés dans 12 dispensaires, ainsi que d'autres appareillages d'hydrothérapie.

Dans quatre villes, des pharmacies ont été aménagées. ,

b) 25 sanatoria avec un total de 1.312 lits, dont 12 hôpitaux avec un total de 184 lits, 4 sanatoria spéciaux pour le traitement post-thérapeutique des victimes d'accident avec 69 lits, 3 établissements balnéaires avec un total de 213 lits, 4 maisons de convalescence, dont deux au bord de la mer, avec un total de 370 lits, et 2 sanatoria pour tuberculeux avec 365 lits. Un autre sanatorium, occupé dans la journée seulement, contient 120 lits.

L'assurance-maladie fonctionnant selon le système de répartition et ne possédant pas de fortes réserves, ces établissements sanitaires ont, pour la plupart, été créés avec les fonds que l'assurance-maladie a empruntés contre intérêt à l'assurance-accidents. Cette procédure pouvait s'opérer sans difficultés, étant donné que les deux branches d'assurance sociale, tout en ayant chacune sa propre comptabilité, sont réunies dans une seule institution d'assurance.

*Assurance, prévention et lutte
contre les maladies sociales*

Les dispositions concernant les mesures à prendre par l'assurance en vue de l'hygiène et de la protection de la vie et de la santé des ouvriers et employés, sont contenues dans le chapitre XIV, chapitres 114-121 de la loi sur l'assurance ouvrière.

L'Office central et ses organes sont tenus de surveiller les entreprises en ce qui concerne les prescriptions pour la protection de la santé et de la vie des ouvriers. Ces prescriptions sont élaborées en collaboration avec les inspecteurs du travail. En cas de non-observation, par l'employeur, des directives visant la prévention, l'Office central peut exiger une cotisation spéciale s'élevant au double de la cotisation légale d'assurance-maladie. Cette cotisation doit être prélevée sur le revenu de l'employeur. En outre, l'entreprise peut être classée dans une catégorie de risque supérieure quant à l'assurance-accidents.

Par ces représailles infligées aux employeurs, l'Office central est en mesure de faire observer les règles visant la protection de la vie et de la santé des travailleurs.

Il existe à l'Office central une section technique spéciale pour la protection de la santé des travailleurs. Les médecins-chefs des organes régionaux sont chargés, de concert avec d'autres organes de la Caisse, de visiter périodiquement les ateliers et fabriques de leur district, et de suggérer l'installation de mesures hygiéniques et de contrôler les installations existantes.

Les médecins des Caisses-maladie prennent part à la lutte contre les maladies sociales; ils donnent des conférences, font préparer par les Caisses des tracts, pamphlets, etc... contenant des règles d'hygiène et de prévention. Les formulaires des Caisses-maladie contiennent des images et des textes propageant des conseils en vue de la protection de la santé. Des affiches de propagande sont placées dans les entreprises.

L'Office central a créé un petit musée d'hygiène du travail et de protection ouvrière. D'après une décision de l'école publique pour la santé populaire, des cours sont institués au bénéfice des médecins stagiaires sur l'assurance ouvrière et l'hygiène du travail; des experts d'assurances sociales collaborent au cours de perfectionnement prévu pour les médecins fonctionnaires.

Une communauté de travail est organisée également avec les organisations privées telles que la Ligue pour la défense contre la tuberculose et l'Office central.

Pour des renseignements plus complets, on peut s'adresser aux rapports de l'Office central des Assurances ouvrières à Zagreb (années 1922-1926 et suivantes).

On y trouve des articles intéressants:

Docteur OSKAR WEISS: *Coopération du médecin dans l'assurance-accidents.*

Drag. DOMAINKO: *Organisatio de la prévention des accidents.*

Docteur ZELJKO HAHN: *Morbidité et mortalité parmi les membres de l'Office central des Assurances ouvrières en 1926.*

L'étude des maladies par profession est curieuse.

Sur 100 assurés entre 20 et 30 ans, les cas de maladie se présentent comme suit:

9,8 employés de bureau ;
8,5 ouvriers de l'habillement ;
7,5 ouvriers du commerce ;
7,4 ouvriers des industries alimentaires ;
.....
.....
2,2 ouvriers agricoles ;
1,5 employés de professions libérales.

Une étude spéciale de la tuberculose précise que : la mortalité tuberculeuse est de 33,59 % des décès.

R. MATJASICH décrit comment sont établies les statistiques :

1° *La statistique du mouvement des membres* : On se procure les dates nécessaires au moyen des listes mensuelles des Caisses d'assurances régionales qui les présentent à l'Office central.

Vers la fin de chaque année, les listes spéciales sont dressées qui contiennent tous les détails exigés sur sexe, âge, conditions de famille, classe de salaire, profession.

2° *Pour les statistiques de morbidité et de la mortalité* : On se procure des documents des Caisses d'assurances régionales qui notent régulièrement le mouvement des malades. Ces Caisses sont également tenues de présenter mensuellement la liste des maladies sociales qui contiennent les renseignements détaillés sur les changements qui se réfèrent à la morbidité et à la mortalité.

Il faut lire encore « *L'Assurance Sociale ouvrière dans le royaume des Serbes, Croates et Slovènes*, 1925 », et le Bulletin mensuel de l'Office central : *Radnicka Zastita*, 1935.

Cette publication, merveilleusement illustrée, donne les statistiques de morbidité.

Des photographies commentées montrent l'importance des conditions de travail sur la fréquence des accidents: ex: menuiserie dans des locaux éclairés largement ou dans des sous-sols, boutiques aérées ou obscures, balayage et alimentation, travail en tournant le dos aux fenêtres, etc.

A titre de propagande sont présentées les installations d'hydrothérapie, de mécano et d'électrothérapie de tous les Offices régionaux d'Assurance ouvrière.

TITRE III

Considérations générales sur la documentation internationale

Le Japon excepté, j'ai limité cette partie documentaire internationale à l'Europe.

Cela n'implique pas l'absence d'Assurance Sociale et de réalisations préventives avancées dans les autres parties du monde: Union Sud-Africaine, Australie, Brésil, etc...

En Europe, je n'ai pas envisagé la question en Suède, en Luxembourg, en Finlande, en Lithuanie, en Esthonie, en Etat libre d'Irlande, qui, cependant, ont tous l'assurance sociale organisée.

L'Espagne est depuis quelques années dans un état politique qui ne permet pas de faire du travail à longues vues et on ignore ce qui sortira de la situation actuelle de ce pays.

La Pologne émet en matière d'A.S. des législations sans cesse remaniées sur lesquelles il ne m'a pas été loisible d'avoir des précisions nécessaires à un exposé, même réduit, des directives prophylactiques assurantielles.

Dans toutes les nations envisagées, à l'exclusion de la Belgique, où un artifice y supplée, le diagnostic en général, et plus rarement la simple indication de la nature de la maladie, sont requis par les Caisses.

En règle absolue, le personnel des Caisses est lié par le secret professionnel et n'est pas considéré par les lois comme « *un tiers* ». ,

En tout cas, dans tous les régimes d'A.S., sauf le français, le praticien doit accorder son concours et faire ses déclarations au médecin-contrôleur. Autant qu'aux vérifications ces données servent au système partout répandu hors de France, de la statistique médicale des assurés, dans un but de prévention économique et sanitaire.

Partout aussi les maladies sociales font comme les maladies épidémiques, l'objet de déclarations strictes.

Du point de vue des relations contractuelles entre le Corps médical et les Institutions d'Assurances, le système de l'*Assurance Remboursement*, pour réemployer les termes de M. TIXIER dans son article sur « *le Service médical de l'Assurance sociale* », n'a pas été rencontré dans notre tour d'Europe. Nulle part, sauf en France, n'existe *le libre choix absolu avec le paiement direct*.

Nous avons trouvé, au contraire, le médecin agréé, sinon totalement fonctionnarisé (Bulgarie), soumis au contrôle des médecins-chefs des Caisses, et rémunéré le plus généralement par le tiers payant de l'assurance organisation. On n'aura pas été sans remarquer le rôle très important joué à l'étranger par le médecin-chef ou assimilé, chargé du service médical et prophylactique des différentes Caisses. Son rôle est beaucoup plus strict et ses avis plus formels que ceux de nos médecins-conseils.

L'U.R.S.S. présente un service national de médecine gratuite pour tous qui semble seulement possible dans ce pays où n'existe qu'une classe de population.

Il va sans dire qu'en matière prophylactique le service médical national est à la fois service d'hygiène sociale, ne faisant qu'un de la médecine curative et préventive.

Ailleurs, il aurait été anormal que les classes non économiquement faibles se soignent aux frais de la collectivité laborieuse, lui amenant des charges énormes.

Dès l'origine des A.S. il a donc été créé un service médical propre aux A.S. qui peut se comporter, vis-à-vis des autres organisations nationales : assistance, ligues, œuvres, et vis-à-vis de la médecine libre, de façons différentes pour améliorer la santé de la population assurée :

Activités parallèles, s'ignorant ou presque ;

Activités coordonnées ;

Activités partiellement fondues.

La première alternative ne paraît plus exister, la Grande-Bretagne serait la seule à rester fidèle à la séparation des services médicaux et sociaux, mais, il faut le reconnaître, le médecin d'assurance y voit son rôle réduit aux soins de pratique courante qu'il est susceptible de donner à son cabinet et à domicile, en matière de maladies. Il peut et même doit passer la main aux services publics et aux œuvres.

L'interdépendance de l'assistance et de l'assurance sociale n'est réalisée en Europe que par la Bulgarie, et pour des raisons économiques transitoires seulement.

Le moyen terme est l'action concertée du service médical de l'assurance et des services publics et privés

de l'hygiène sociale se mettant d'accord pour organiser le dépistage des maladies sociales et les combattre au moyen d'un équipement sanitaire le meilleur possible exploité au maximum.

A des degrés divers, mais toujours, on rencontre un armement propre aux institutions d'assurance.

Il a été développé à l'excès en Allemagne, il est en concurrence directe avec les hôpitaux en Hongrie, il est encore insuffisant dans les pays relativement pauvres : Yougoslavie par exemple.

En principe, c'est aux pouvoirs publics qu'incombe le contrôle d'un outillage sanitaire suffisant et convenablement réparti. L'assurance sociale n'intervient alors que comme usager et comme prêteur des sommes nécessaires pour le créer ou le développer, à condition que ces prêts soient pleinement justifiés par la valeur technique des services rendus aux assurés et que l'assurance, en échange de son effort matériel, obtienne le droit de regard et des garanties de bon rendement.

Lorsque les conditions qui précèdent ne peuvent être réunies, l'assurance se trouve amenée à constituer un outillage sanitaire propre et cette tâche est répartie entre l'assurance maladie et l'assurance invalidité-vieillesse-décès, selon les obligations imposées par les diverses législations. Dans certains cas, c'est aux Caisses maladie qu'incombe la création des établissements grâce à des prêts des caisses de capitalisation. Dans d'autres cas, une répartition est nécessaire : les caisses maladie créent les cliniques, dispensaires, centres de convalescence, etc... Les caisses de capitalisation créent des établissements pour le traitement des

maladies de longue durée et des affections qui constituent les sources les plus fréquentes de l'invalidité.

La lecture des pages documentaires a révélé tous ces systèmes et montré quelquefois des tendances trop poussées créant des difficultés et des doubles emplois à côté d'insuffisances.

Une seule idée jaillit nettement de cet enchevêtrement, une seule grande directive, *nécessité d'une collaboration étroite entre l'assurance, les autres services publics et les œuvres privées.*

La coopération des institutions d'assurance au développement de l'outillage sanitaire doit s'effectuer en collaboration avec tous les organismes de défense de la santé publique et ne peut acquérir son maximum d'efficacité que si son plan a été établi d'accord avec les pouvoirs publics.

L'assurance sociale doit avoir, dans l'élaboration de ce plan, la place qui lui revient non seulement en raison de son effort financier, mais aussi de l'influence considérable qu'exercent les prestations sur la santé publique et de l'importance de premier rang qui lui doit être attribuée en tant qu'usager des services sanitaires.

Œuvre utile peut-elle être faite sans ce plan unique?

Les exemples précédents semblent montrer que non, et l'exemple suivant, malheureusement français, montrera encore plus nettement que sans vouloir et vouloir d'accord réaliser un même but par des voies agréées de tous, projeter n'est que perdre son temps.

CHAPITRE IV

LES DIRECTIVES QUE L'ON PEUT EXTRAIRE DES PROJETS SUCCESSIVEMENT ÉLABORÉS EN FRANCE

Dans une première épreuve, j'avais exposé chronologiquement les masses de réunions, congrès, rapports et vœux que se sont succédés depuis 1930, malheureusement sans succès, dans le cadre national.

J'ai renoncé à imposer au lecteur une énumération aussi fastidieuse pour l'amère constatation d'un aussi piètre résultat.

Il est préférable de tirer simplement de l'écheveau des projets irréalisés, les idées excellentes, réalisables, espérant qu'un jour, avec un volonté dirigeante énergique, elles serviront de directives.

Au cours de ces cinq dernières années, les étapes de la prévention dans les cadre des A.S. sont échelonnées sur deux voies qui se sont développées parallèlement, coupées de fossés communs où elles ont chu simultanément.

Ont couru en même temps :

- les idées exprimées aux assemblées de caisses ;
- les projets des grands travaux.

La période écoulée peut se diviser en six phases imbriquées :

- 1° Les idées avant juin 1934 ;
- 2° Les congrès de 1934, juin et octobre ;
- 3° Les projets du Plan d'équipement national ;
- 4° Le plan QUEUILLE, fin 1934 et 1935 ;
- 5° Les congrès de 1935 ;
- 6° La situation créée par les décrets-lois d'octobre 1935.

§. 1. — Directives soutenues avant juin 1934

Pour cette période, on peut se faire une idée des conceptions par le rapport VERDIER présenté à l'Assemblée de l'Union régionale des Caisses départementales du Sud-Ouest à Augoulême :

1° Soutenir et aider le développement des œuvres déjà existantes ou en voie d'aménagement, en appuyant les organisations administratives et privées de la puissance financière des Caisses.

2° Créer des centres spéciaux de diagnostic utilisés pour le dépistage des maladies.

3° Créer des services locaux ou cantonaux ayant pour mission d'éduquer les malades et leurs familles.

4° Créer des cours locaux de puériculture pour la défense de la maternité, la protection infantile, la lutte contre la dépopulation.

5° Créer des sanatoria et préventoria pour la lutte antituberculeuse.

Les études de M. MARTIN (C.I.A.S.) lues au Congrès des Caisses départementales du 17 mars 1933, aboutissent à une idée directrice que nous

retrouverons — la seule qui ait été soutenue jusqu'en 1936: *institution d'un centre de documentation et de coordination des efforts.*

L'armement sanitaire était à utiliser dans le cadre départemental. Les caisses étaient invitées à inventorier les ressources et à réaliser un plan sanitaire en accord avec les services départementaux d'hygiène et les autres caisses du département.

Il était déjà fait appel à la nécessité d'une collaboration des ministères Travail et Santé publique.

Enfin, il était souhaité pour une action commune et la sécurité des assurés — et des caisses engageant des fonds dans les établissements de cure — que les caisses soient représentées dans les conseils d'administration ou de surveillance de tous les établissements publics de soins, de traitement, de dépistage, où sont reçus ou traités les assurés sociaux.

Des réalisations locales faites par quelques Caisses semble se dégager une idée très nette: *porter le premier effort de prévention sur l'enfance, cet effort devant être le plus productif, l'enfant étant tout l'avenir, toute la race.*

Le dilemme se pose. participations des Caisses aux frais de prévention ou action directe dans des établissements leur appartenant? Nous attendons encore une réponse légale ou une décision d'ensemble et j'ai renoncé à canaliser les flots d'encre et de paroles qui ont coulé à ce sujet.

En ce qui concerne l'intervention des Unions de Réassurance, il semble décidé fin 1933 qu'elles doivent intervenir en faveur de la prévention.

Médico-sociales, toutes les discussions des Caisses ou de leurs unions se sont, hélas, développées en l'absence de médecins-experts. On fait enfin appel à eux et la situation change avec la demande faite au professeur PARISOT, le 15 février 1934, de préparer le rapport du Congrès des Caisses départementales.

§ 2. — Directives extraites des congrès de 1934

1° LE CONGRÈS NATIONAL DES CAISSES DÉPARTEMENTALES

On entre, avec le rapport de M. le Professeur PARISOT, le 2 août 1934, dans les premières directives qui aient été données en France sur le plan national.

Cela explique l'énorme diffusion du texte que l'on trouve in extenso dans la *Revue de Médecine et d'Hygiène sociale*, rédigée par l'auteur, dans les *Bulletins de Documentation* des Caisses départementales, de la Région parisienne, etc... Toutes les revues et journaux français ou internationaux ont donné des extraits et des résumés de ce document.

Je passerai donc brièvement sur les deux premiers points traités :

1° Quels doivent être la conception et le rôle des Caisses d'assurances en matière de prévention et d'hygiène sociale.

2° Quelle est à cet égard la situation particulière des Caisses départementales d'après les résultats de l'enquête effectuée auprès de chacune d'elles.

La participation des A.S. n'est plus discutable, en voici la formule :

« Une collaboration avec participation active, c'est-à-dire, non point limitée à l'octroi de subventions, avec influence directe, c'est-à-dire avec une part de direction, de contrôle correspondant à l'importance de l'action que les Caisses exercent, à celle de la population qu'elles assurent et à l'appui matériel fourni. Une telle collaboration permet l'action commune, la coordination des efforts, l'unité de méthode et sauvegarde l'autonomie de chacun des participants ».

Des réponses au questionnaire détaillé communiqué aux Caisses départementales, le rapporteur dépouillait :

1° Que l'orientation des Caisses vers la prévention est surtout théorique et que les timides essais de mise en pratique sont incomplets.

2° Quand il y a une chose de palpable, c'est pour un sixième des cas, dans les Caisses où il y a un comité d'entente, de collaboration dans le cadre départemental, sur le type de celui qui fonctionne en Meurthe-et-Moselle depuis le début des Assurances sociales, ces comités intéressant tout le domaine de l'hygiène sociale ou une partie seulement de la prévention (tuberculose surtout).

3° Un sixième encore a réalisé avec certaines œuvres des ententes monovalentes.

4° Un tiers a élaboré quelque programme, donné quelques subventions.

5° Le reste n'a rien fait du tout.

Les suggestions et les vœux de nombreux directeurs de Caisses, conciliés avec ses idées personnelles, amenaient le rapporteur à donner dans la troisième et dernière partie de son travail les directives que voici :

« *Les Caisses doivent faire un double effort matériel et organisateur* ».

Effort matériel : financement et réalisation du plan d'équipement sanitaire dans le cadre du plan MARQUET. Malgré les efforts du professeur PARISOT, les difficultés administratives ont considérablement retardé, amoindri, sinon anéanti un projet cependant logique et fructueux que voici :

Pour mener à bien tout équipement, il faut un programme, et pour établir le programme, des gens compétents. A défaut d'accord des sections techniques des ministères et après la suppression de l'Office National d'Hygiène, le rapporteur invitait les Caisses à réaliser par leurs propres moyens la fondation d'un *centre technique* capable de fournir renseignements, documentation et statistiques sur l'action médico-sociale des Caisses et leurs besoins.

Ce centre, dont la création était implicitement décidée par le vœu émis en fin du congrès, devait comprendre :

A) *Section administrative et juridique :*

Documentation, renseignements.

Service d'études et de conseils sur les faits soumis à ses consultations.

B) *Section médico-sociale :*

- 1° Pour régler la collaboration indispensable entre caisses, services d'hygiène publics et privés, corps médical, au moyen d'un bureau d'études et de documentation.
 - a) Etablir le bilan de l'organisation existante.
 - b) Evaluer les services qu'elle peut offrir.
 - c) Régler les modalités d'organisation de la collaboration.
 - d) Orienter logiquement les efforts à poursuivre en tenant compte des conditions locales, etc...
 - e) Tracer un plan net et précis des services et de leur développement.
- 2° Pour assurer en lieu et place des caisses la surveillance et le contrôle des services rendus, au moyen d'un bureau de statistique et de contrôle.
 - a) Par statistiques et comptes rendus.
 - b) Par études sur place (aux dispensaires, par ex.).

C) *Section d'éducation et de propagandé.*

D) *Section d'information* par la constitution d'une bibliothèque et de dossiers, provenant de tous les départements et pouvant servir à la fois à A), B) et C).

2° CONGRÈS DES CAISSES « LE TRAVAIL »
(20-22-24 octobre 1934)

Il faut rapprocher étroitement les propositions du professeur PARISOT de celles émises trois mois après par le docteur FORESTIER qui aborde les points suivants :

1° Le sujet n'a pas encore été traité dans le cadre strict des Caisses maladie et il importe de délimiter l'armement ramené à l'organisation minima permettant aux Caisses l'exercice de leur mission essentielle :

l'organisation convenable des prestations (armement et cure).

2° C'est aux Caisses maladie elles-mêmes à déterminer dans l'intérieur de leurs organisations la politique sanitaire la mieux adaptée.

3° Les Caisses maladie constituent essentiellement une administration sanitaire et une entreprise de médecine sociale dont il faut apprécier les caractéristiques :

- a) Méthodes propres, différentes de celles de la médecine individuelle, avec part d'un coefficient mathématique de prévision.
- b) Tout cas de maladie y présente le triple aspect économique, social et clinique. Le diagnostic et la thérapeutique sociales complètent le diagnostic et la thérapeutique cliniques. Plus que guérir le chef de famille, il faut réadapter toute la famille.
- c) La tendance à la médecine préventive est plus marquée qu'en médecine individuelle.
- d) Elle tend au travail par équipes pour utiliser les soins les plus modernes.
- e) Elle n'est cependant pas de la médecine en série, ni socialisée.
- f) Elle est basée sur le principe du rendement maximum en capital santé pour le budget limité. Tout gaspillage pour un malade est nuisible à la collectivité, d'où nécessité d'un contrôle suivi par les statistiques et toutes les études propres à améliorer le rendement en assurant aux dépenses un résultat certain.

4° L'armement dont disposent actuellement les Caisses est insuffisant.

5° Les remèdes : créer ou faire créer l'outillage que ne réalisent pas les pouvoirs publics. Les Caisses en

agissant, entraîneront ces pouvoirs publics à leur suite et l'action sera déclenchée.

6° Les problèmes et les solutions diffèrent avec les régions.

Ces considérations aboutissent à un système d'*instruments propres aux Caisses*, comprenant :

Un organisme d'informations et d'études :

Recueil, analyse, interprétation des statistiques ;

Contrôle des malades et des praticiens ;

Contrôle des abus ;

Contrôle du rendement des prestations et des organismes de collaboration ;

Bilan des besoins et des ressources ;

Plan d'action à l'intérieur des caisses.

Un organisme d'action et de propagande :

Education populaire ;

Education du personnel des caisses ;

Education du corps médical, c'est-à-dire liaison.

Un service d'infirmières-visiteuses à domicile et aux différents services, sous la direction d'un « médecin social ».

A ce sujet, le docteur FORESTIER pense que la France manque de médecins sociaux, qu'il ne faut pas confondre avec les hygiénistes et les contrôleurs, et il propose que l'on crée un cadre.

Comme établissements à réaliser :

a) Centres d'examens de toutes capacités, en tous cas plus polyvalents que les dispensaires actuels d'hygiène ;

b) Hôpitaux que les Caisses doivent pousser à se développer et en faveur desquels elles doivent intervenir, ne pouvant en bâtir elles-mêmes ;

c) Maisons de convalescence et de cures.

Pour coordonner toutes les activités départementales, un *centre national* disposant d'experts susceptibles d'aller résoudre en province les questions qui dépasseraient les médecins sociaux.

Comme le professeur PARISOT, le docteur FORESTIER veut le meilleur rendement au meilleur prix ; leurs buts sont communs, et si les moyens proposés sont différents, ils participent des mêmes techniques.

§ 3. — Les plans Marquet et Queuille

Le germe de la participation des Assurances Sociales à un plan des grands travaux contre le chômage se trouve dans le rapport présenté le 15 mai 1934 au Président de la République par le Ministre du Travail, M. MARQUET.

Les différentes caisses et leurs unions s'animent à la discussion des projets gouvernementaux qui se sont déjà traduits par des circulaires aux caisses de capitalisation (26 mai) en vue de la constitution de fonds commun.

C'est alors que M. le Professeur PARISOT présente son rapport sur *le plan d'équipement national et les assurances sociales* dont j'ai fait mention au chapitre premier.

Les organisations d'assurance, finançant au premier chef les grands travaux, les assurés doivent être

les principaux bénéficiaires. Ils le seront sans doute par le travail apporté aux chômeurs nombreux dans leurs rangs, mais ils veulent l'être aussi par l'équipement sanitaire du pays.

C'est avec intention que mon maître a réuni dans une même publication ses idées sur l'outillage national et son rapport général de 1934 sur l'orientation des A.S. en médecine préventive.

Il préconise dans une note officielle, faisant connaître les vœux des caisses :

1° L'inventaire des œuvres existantes au point de vue sanitaire.

2° Un plan d'ensemble de ce qui devrait être réalisé.

3° Un programme des développements successifs qui devront être suivis.

C'est la logique même que le ministre, docteur QUEUILLE, accepte comme base du *projet de coordination générale de l'action sociale*.

L'inutilité des débats d'une commission trop vaste ou trop riche en orateurs plutôt qu'en techniciens, d'une part, l'instabilité des ministres qui se succèdent alors à cadence rapide, enfin l'intransigeance du département des Finances en juillet 1935 étouffent une conception de grande valeur dont la réalisation eut été fructueuse parce que rationnelle, mais dont la discussion a entravé la création du *centre national de documentation* au sein des caisses départementales.

Peut être aussi faut-il incriminer l'importance des 975 projets mis en instance pour 1.300 millions, dont

le détail est indiqué dans la réponse ministérielle n° 11.535 à M. Louis GROS.

Un an de perdu pour l'équipement sanitaire de la France.

« L'équipement sanitaire n'est plus réalisable comme travail d'ensemble, d'exécution gouvernementale et devant la faillite du fonds commun par prélèvement automatique, les caisses ont le devoir et leur liberté entière pour réaliser leur propre plan d'outillage. La réassurance prend la décision de s'adjoindre d'urgence un comité technique composé de médecins pour conseiller et documenter les caisses qui voudraient utiliser leurs bonis en travaux et en réalisations d'hygiène sociale. »

Nous voici revenus à l'idée unique, déjà soutenue d'un centre technique de documentation installé au profit des caisses.

§ 4. — Les congrès de 1935

C'est avec la directive que je viens de citer que M. GRIMALD, sortant du congrès des Unions de réassurance, se présente le lendemain devant les représentants des caisses départementales.

Puisque les caisses de réassurance veulent bien organiser et financer le comité technique capable de documenter les caisses primaires, celles-ci sont tout à fait décidées à approuver sa création.

La conception globale d'un tel organisme n'est pas étrangère aux délégués présents puisque, approuvant un an plus tôt le rapport du Professeur PARISOT,

les mêmes mandataires votaient le principe de la création du centre de documentation.

Dans un nouvel exposé, le même rapporteur esquisse les activités principales du centre projeté, les limites de ses attributions et tente de l'intégrer dans *un plan national de coordination*, afin de réaliser une étroite collaboration avec les services du Ministère de la Santé.

Restent les détails de fonctionnement et la prévision des dépenses. C'est l'objet d'un projet chiffré du docteur FORESTIER qui évalue les frais annuels de marche à 500.000 francs, somme importante qui refroidit l'ardeur des caisses départementales, mais que les unions de réassurance trouvent à leur taille et veulent bien subventionner intégralement, convaincues de la valeur considérable des services attendus.

La nouvelle résolution générale était *la transformation des unions de réassurance en unions pour l'équipement sanitaire, sous la conduite éclairée du centre technique dont nous venons de voir la séduisante figure théorique.*

§ 5. — La situation créée par les décrets-lois d'octobre 1935

Je ne crois pas utile d'exposer les discussions auxquelles les décisions des congrès ont donné naissance de la part de ceux qui ont craint de voir les caisses s'engager dans les réalisations sanitaires poussées par le centre technique.

Le *Siècle médical* du 1^{er} août 1935 émettait de sombres craintes à ce sujet. Les Etats de la Mutualité ne furent pas pour calmer ces appréhensions.

Pays de toutes les libertés, la France a édifié un système assurantiel considéré par les étrangers et par Genève comme scabreux en période difficile. Je veux espérer que les événements n'amèneront pas à le modifier, d'une part pour notre corporation qui apporte sa loyale collaboration, et surtout pour les restrictions que cela pourrait amener dans l'action préventive indispensable qui n'est encore que très peu commencée.

Lorsque j'écris ces lignes, neuf mois de la nouvelle phase se sont écoulés, la *médecine officielle* n'a pas encore fait des siennes, mais, préventivement, rien n'a été réalisé dans le cadre national; nous voici toujours au même point.

L'anarchie dans les projets, les tendances les plus variées, et malgré les apparentes résolutions personnelles de tous les administrateurs de caisses, une timidité constante dans les engagements vers les dépenses de prévention.

Il serait plus exact d'ailleurs de dire que les décrets-lois ont amené une époque tout à fait nouvelle en modifiant le régime financier de l'assurance.

Les fonds destinés à l'amélioration de la santé publique sont, faute d'accord, restés inemployés. « *Il ne faut pas attendre* », avait dit M. GRIMALD; on a trop attendu et l'Etat vient de réquisitionner les réserves au profit de l'assurance vieillesse dont le financement était laborieux.

C'est en voyant partir le trésor que se réveille une ardeur nouvelle en faveur de la prévention, comme

semble en témoigner une lettre de M. GARCZINSKY au Ministre du Travail :

« Enfin, Monsieur le Ministre, les réserves que vous enlevez aux caisses et aux unions, soit à la date du 31 décembre 1935, soit dans l'avenir, pour faire face aux dépenses de l'invalidité, constituaient le trésor destiné, dans l'esprit de tous, à l'étude d'un plan d'armement sanitaire et à la création des œuvres médico-sociales qui font tant défaut à notre pays. Nous pensons même qu'il s'agit là du but suprême, du but principal de la loi des A.S.

...C'est cette action humaine nécessaire surtout aux époques de crise, qu'il nous faudra réduire peu à peu, puis nous résigner à voir disparaître.

Nous ne nous résignerons pas. »

Il semble, si l'on se reporte aux actes ultérieurs, que cette supplique n'ait pas été entendue. Les congrès de mai 1936 et en particulier l'énergie avec laquelle les délégués des caisses départementales viennent de protester contre le décret du 24 avril 1936 le précisent suffisamment.

L'éloquent exposé de M. GRIMALD a fait connaître la destination de ces énormes prélèvements. Il semble que l'assurance invalidité couverte il reste de quoi financer l'équipement sanitaire.

Que le décret soit abrogé au non, comme le demandent le congrès des caisses départementales et celui de la Mutualité, espérons que des fonds seront réservés et employés immédiatement pour la prophylaxie générale et spéciale chez la population économiquement faible.

Il semble difficile de rien présager sans connaître le règlement financier définitif de la réassurance.

Voici les derniers renseignements officieusement recueillis à Paris le 8 juillet :

D'une part, on pense qu'une somme de un milliard serait dépensée par le Ministère de la Santé pour réaliser enfin un équipement.

D'autre part, pour donner une suite à l'article 30, § 7 du décret-loi d'octobre dernier, il serait créé un *compte d'hygiène et de prévention*, mis à la disposition des Unions de réassurance, au moyen de prélèvements sur les fonds d'alimentation des unions régionales. Le budget de ce compte spécial s'élèverait pour 1936 à 25 millions au chapitre prévention et autant au chapitre hygiène générale. On voudrait ainsi renflouer les œuvres qui ne marchent pas et continuer les subventions à celles qui en ont déjà reçu ou qui attendent la réalisation des promesses faites antérieurement au 19 mars 1935, date à laquelle le Ministère des Finances a fait arrêter la répartition des bonis.

Jusqu'à présent, en tous cas : aucun plan d'ensemble, aucun programme. On pense coordonner les désirs épars lors d'une *Conférence nationale des Unions régionales* qui pourrait se réunir en septembre. Cette assemblée devra renfermer les techniciens capables d'orienter une bonne besogne.

Puissions-nous ne pas avoir à constater qu'une conférence de plus a tenu ses assises, donné lieu à des rapports et voté des résolutions encore une fois inutiles.

§ 6. — En résumé

Le cadre national n'a fait l'objet d'aucune réalisation pratique d'ordre gouvernemental, en ce qui concerne la prévention par l'armement sanitaire du pays en collaboration avec les Assurances Sociales.

Pour une Union nationale des Caisses, reste l'idée d'un centre technique de documentation tel que l'ont conçu MM. PARISOT et GRIMALD, suivant les projets de loi actuels, réalisable par la collaboration des Unions régionales pour l'Invalidité et l'équipement sanitaire existant.

La naissance de ce guide unique n'est pas impossible et je la souhaite vivement.

Il faudrait même dire qu'un tel centre est rendu plus indispensable encore, maintenant que la situation budgétaire des caisses est devenue telle que tout faux pas serait dangereux et que la prévention reste envers et contre tout le meilleur moyen de consolider les finances des années prochaines.

Ce centre reste la directive la plus claire et la notion la plus soutenue au cours des vicissitudes que nous venons de passer en revue.

En face de la carence dans le cadre national, il importe de détacher et de louer les organisations régionales ou locales qui ont fait de leur propre chef tout ce qu'elles ont pu.

J'en détaillerai deux : l'Union des Caisses de la région parisienne avec la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise particulièrement, et la colla-

boration en Meurthe-et-Moselle avec le Comité spécialement créé depuis 1930.

L'une intéresse une population assurée énorme, massive, agglomérée, la seconde fixe les résultats que l'on peut obtenir dans un département moyen, industriel et rural à la fois.

Plus exactement, je m'attarderai à dégager les directives qui ont servi et servent journellement à Paris et à Nancy.

Auparavant, je précise que ce sont là deux modèles seulement et que beaucoup de caisses, guidées par leurs médecins conseils, ont fait individuellement des efforts louables que démontrent les relevés suivants.

§ 7. — Les dépenses de prévention en 1933 et 1934

Si l'on veut des documents chiffrés sur l'œuvre médico-sociale des Caisses, on les trouve dans le rapport officiel annuel du Ministère du Travail sur l'application des A.S.

Quoique bien des Caisses de répartition aient réalisé des excédents considérables au cours de l'exercice 1930-1931, ce n'est qu'en 1932 et 1933 qu'elles ont commencé à utiliser leurs bonis. Voici les chiffres pour 1933 :

Emplois	Nombre de Caisses	Montant
I. — <i>Hygiène sociale:</i>		
Hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux..	20	5.879.000
Maisons de convalescence et de repos....	22	4.156.000
Dispensaires, centres de dépistage.....	70	6.640.000
Soins pour maladie excédant 6 mois....	45	7.815.000
II. — <i>Enfance, œuvres maternelles:</i>		
Primes d'allaitement, bons de lait.....	158	14.613.000
Colonies de vacances	76	1.491.000
Œuvres maternelles et infantiles	29	1.713.000
Enfance, maternité, divers	24	1.013.000
III. — <i>Lutte contre les maladies sociales:</i>		
Œuvres sociales d'intérêt général	22	1.955.000
Lutte antituberculeuse	93	6.670.000
Lutte antivénérienne	4	807.000
Lutte anticancéreuse	5	9.000
Total		52.761.000

Je ne crois pas devoir comprendre les ristournes aux cotisants comme une œuvre sociale.

Le détail des dépenses par somme et par caisse est livré dans les tableaux fournis en réponse à une question de M. TRIBALLET (*J.O.* du 2 mai 1935, rép. 12.440).

Les renseignements qu'on obtient en dépouillant les colonnes sont peu instructifs et l'on ne peut pas en tirer des directives *d'exemple*, en raison de la diversité infinie, et regrettable, des organisations bénéficiaires, de leurs buts et des inégalités des sommes reçues tantôt énormes pour une destination accessoire, tantôt minimales pour une fondation primordiale.

L'indemnisation annuelle de un franc par cotisant en échange de quoi l'Office départemental d'Hygiène de la Loire-Inférieure met ses moyens de dépistage et de prophylaxie à la disposition des assurés du département, semble cependant devoir être isolée comme exemple d'une remise de fonds précise à un organisme spécialisé, d'intérêt et de cadre départemental.

L'indemnisation des Caisses de Meurthe-et-Moselle à l'Office départemental qui cependant fonctionne depuis 1930 sur les bases d'une convention analogue, ne figure pas.

Dans l'ensemble, il faut reconnaître que pour la plupart des départements, c'est à l'Office d'Hygiène sociale que sont versées toutes les subventions; excellente méthode qui assure l'unité et la concentration des efforts; méthode efficace au surplus, si l'office fonctionne bien.

Alors que les Caisses n'avaient utilisé qu'une faible fraction de leurs bonis jusqu'au 31 décembre 1933, au cours de l'année 1934, 43.752.000 francs ont été dépensés. Les 2/3 environ de ces bonis correspondent

à des subventions ou à des créations d'œuvres. Le reste a servi à l'octroi d'avantages supplémentaires.

1° *Avantages supplémentaires.* — Ceux constitués pour l'assurance maladie ne représentent qu'une somme de 137.000 francs qui a servi, soit à réduire le ticket modérateur à la charge de l'assuré, soit à accorder des majorations pour charges de famille ou pour des prestations après six mois.

Par contre, 14.916.000 francs ont été affectés à l'octroi de bons de lait aux femmes d'assurés. 400 Caisses y ont participé.

2° *Subvention ou création d'œuvres.* — 123 Caisses se sont intéressées au développement des hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux et dispensaires. Le plus souvent, l'effort fait par la Caisse a consisté dans le versement d'une subvention, exceptionnellement, pour la création d'organismes appartenant à la Caisse.

Une somme de 4.756.000 francs a été dépensée à ce titre.

17 Caisses se sont intéressées aux maisons de convalescence et de repos, sous la forme de subventions, pour 1.769.000 francs.

110 Caisses se sont intéressées aux colonies de vacances par 2.067.000 francs de subvention.

87 Caisses se sont intéressées aux œuvres maternelles et infantiles par un versement de 2.493.000 francs, permettant d'organiser le contrôle de la maternité, l'octroi de primes aux femmes fréquentant les consultations prénatales et de nourrissons.

122 Caisses se sont intéressées à la lutte antituberculeuse et donnant 15.940.000 francs.

D'une façon générale encore, le système de la prévention a été pratiqué, soit en faveur d'offices d'hygiène sociale, soit en faveur d'établissements de cure et de prévention, soit enfin en faveur de comités ou d'œuvres de lutte contre la tuberculose.

7 Caisses se sont intéressées à la lutte contre le cancer pour seulement 2.688 francs qui ont été utilisés pour moitié à l'achat de brochures.

16 Caisses ont participé à la lutte antivénérienne en versant 168.000 francs de subventions à des comités départementaux ou à des ligues antivénériennes.

24 Caisses ont subventionné des œuvres d'intérêt général (Offices départementaux d'Hygiène) pour 452.000 francs.

Les autres subventions diverses totalisent 206.000 francs.

§ 8. — Directives particulières à l'engagement des dépenses de prévention

Des détails relevés dans les comptes rendus d'assemblées de caisses et dans la plupart des documents portés à ma connaissance, j'ai voulu isoler les principes suivants qui semblent parfaitement logiques :

1° *Le gaspillage d'efforts et d'argent doit être évité.*
C'est à dire :

a) Tout ce qui a la moindre valeur doit être utilisé ;

b) Pas de doubles emplois, l'ignorance d'œuvres intéressantes dans le territoire des caisses est à la

base des gaspillages. L'inventaire de toutes les organisations médico-sociales est à faire avant de rien entreprendre de nouveau.

2° *Le service de renseignements* de documentation technique doit éclairer sur la valeur des organismes susceptibles de contracter avec les caisses, comme sur le plan des travaux à entreprendre.

3° *La collaboration est dans tous les domaines la base de l'action sociale qui veut être efficace, prompte et économique:*

a) A la tête entre les ministères (Travail, Santé, Finances) et les grands services intéressés.

b) Dans le cadre départemental ou de grandes villes.

Cette collaboration doit être double :

C'est la doctrine du *Comité national d'Entente* qui l'applique depuis 1932 pour toutes les questions ayant trait au fonctionnement de la loi.

4° *Les caisses doivent se défendre contre la tendance qu'ont les organismes publics budgétairement réduits à faire appel à leurs fonds pour assurer leur marche ordinaire.*

Comme l'a écrit M. YUNG: « *Il ne faut pas que notre contribution se substitue à celle de l'Etat, elle ne doit pas être un impôt de remplacement* ».

Cette notion entraîne pour les subventions la garantie figurant à la convention, que le concours financier des caisses servira à augmenter ou à perfectionner les services existants.

5° Enfin, en ce qui concerne les placements, ils doivent être :

- a) Garantis comme le veut la loi ;
- b) Accordés surtout aux organisations d'hygiène générale intéressant le plus directement les assurés ; ,
- c) Les caisses prêteuses ont tendance à réserver leurs fonds aux emprunteurs régionaux.

6° Tout octroi de fonds doit entraîner un droit de regard se traduisant de la façon la plus élégante par une représentation au sein de l'administration de l'organisme bénéficiaire.

Les exemples des pages suivantes illustreront ces règles générales.

CHAPITRE V

**DIRECTIVES D'EXEMPLE PUISÉES DANS
L'ACTION DES CAISSES
DE LA RÉGION PARISIENNE**

TITRE PREMIER

**La politique sanitaire de l'union des caisses
de la région parisienne**

L'activité de l'Union que dirige M. GRIMALD est suffisamment connue pour qu'il soit inutile de la détailler trop minutieusement ici.

Un exposé général pour la période 1930-1935 en a été publié par les soins de l'union elle-même. La branche hygiène sociale fait l'objet de la quatrième partie de la brochure distribuée en mars 1935 à une date où l'exécution du programme ne s'étendait encore que sur 1935, puisque les propositions relatives à l'utilisation des bonis des exercices antérieurs ont seulement été approuvées le 5 janvier 1935.

Le projet en voie d'exécution comprenait :

1° *Pour une politique de prévention et de préservation de la santé :*

I. — Des subventions pouvant être renouvelées, versées aux départements pour le développement de l'activité des offices d'hygiène :

	Prot. mat. et infant.	Lutte antituberc.	Lutte antivénér.
Seine	1.000.000	1.000.000	1.000.000
Seine-et-Oise	300.000	200.000	—
Seine-et-Marne	200.000	100.000	—

II. — Des subventions extraordinaires :

A l'O.P.M.I. pour prêts gratuits aux œuvres....	1.000.000
Pour création à Chelles d'un dispensaire polyv...	300.000
Au Comité national Dentaire	10.000
Participation aux journées médico-sociales de l'enfance	15.000
Réorganisation des permanences d'entr'aide sociale	20.000

2° *En matière d'armement sanitaire propre à l'Union :*

Achat et aménagement d'un sanatorium	9.000.000
--	-----------

3° *Comme prêt au département de Seine-et-Oise pour la construction des centres hospitaliers*

	5.000.000
--	-----------

Le titre des rubriques suffit à détacher les sens différents dans lesquels l'Union de la région parisienne entend exercer son activité.

Les dépenses sont décidées en conformité avec les directives ci-dessous :

1° *En principe, l'Union doit conserver, dans toute la mesure du possible ses bonis pour sa propre circonscription, c'est-à-dire la Seine, la S.-et-O., la S.-et-M.*

2° *Les subventions accordées par l'Union devront être de préférence attribuées aux organismes concernant la prévention de la santé et la protection des maladies de l'enfance, à condition que :*

a) *L'union ait la possibilité de contrôler l'utilisation de ces ressources par sa participation à la gestion des organismes ;*

b) *Les subventions servent à rémunérer des services créés et organisés, soit en faveur des assurés sociaux ou de leurs ayants-droits, soit pour développer l'activité actuelle des organismes en question ;*

c) *Il sera signalé aux organismes subventionnés que ces subventions ont un caractère précaire.*

Par dessus les autres considérations, l'Union de la région parisienne d'accord avec l'ensemble de toutes les institutions d'A.S. tient formellement à ne pas se substituer à l'effort que doit accomplir l'Etat, les caisses d'A.S. sont prêtes à participer moralement et matériellement à la lutte contre les maladies sociales, sous réserve bien entendu des exigences de leur équilibre financier, mais un principe doit être établi : en aucun cas, elles ne pourront remplacer l'action que doivent entreprendre les pouvoirs publics ou pallier à leur insuffisance budgétaire.

Les détails des conventions réglant les rapports entre les Offices bénéficiaires des subventions et l'Union peuvent apporter des indications précieuses aux caisses qui tendraient à imiter le geste.

A titre d'exemple, voici deux conventions types avec des Offices départementaux d'Hygiène :

Subvention au département de la Seine

Une subvention de 1.000.000 de francs sera attribué au Département, à charge par celui-ci d'assurer le dépistage, le diagnostic et la prophylaxie de la tuberculose.

A cet effet, l'accord qui devra intervenir entre l'Union et l'O.P.H.S. devra comporter les points suivants :

1° Le département de la Seine mettra à la disposition des Caisses de Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, pour les assurés sociaux domiciliés tant à Paris que dans les autres communes du département de la Seine, les services des dispensaires antituberculeux dont l'Office public d'Hygiène sociale assure la gestion.

2° Les divers services des dispensaires s'appliquent exclusivement au diagnostic et à la prophylaxie de la tuberculose et aux propositions de placement des bénéficiaires de la loi du 30 avril 1930, qui en seront justiciables, dans les établissements de cure et de prévention.

3° Ces services comprennent les consultations générales (examens cliniques du malade en vue du diagnostic de la tuberculose), les consultations radiologiques (radioscopiques et radiographiques), les consultations oto-rhino-laryngologiques, les examens bactériologiques divers (crachats, pus, selles, etc.), les inoculations aux cobayes, les examens simples d'urine.

4° Tous les assurés sociaux dépistés par les Caisses, suspects ou atteints de tuberculose, seront signalés par les Caisses à l'Office de prise en charge médico-sociale par le dispensaire de la circonscription. Le signalement sera effectué en double exemplaire aux services administratifs de l'Office.

5° Les dispensaires assureront la prophylaxie au domicile des assurés ou de leurs ayants droit.

En outre, à la demande des Caisses, ils coopéreront au contrôle des assurés sociaux justiciables de leur action dans

les conditions fixées par les lois et règlements. Ce contrôle, qui aura un caractère exclusivement prophylactique et clinique, portera principalement sur l'opportunité de l'admission des assurés dans les établissements de cure et de prévention, l'appréciation de l'état de santé et la durée de la maladie.

6° Lorsqu'un bénéficiaire des Assurances sociales signalé par une Caisse à l'O.P.H.S. n'aura pu être placé dans un établissement de cure ou de prévention dans le délai d'un mois à dater du signalement et lorsque le bénéficiaire aura été placé par les soins de la Caisse, l'Office prendra à sa charge le malade sans nouvelles formalités à l'expiration des six mois.

7° La subvention devra être affectée au paiement des traitements des 50 nouvelles infirmières visiteuses. Elle sera mise en réserve et ne sera versée que sur justification des services rendus aux assurés sociaux et de l'amélioration du fonctionnement des services de l'O.P.H.S.

L'Union des Caisses sera également représentée dans les organismes de l'O.P.H.S.

Subvention au département de Seine-et-Marne

Une subvention de 300.000 francs sera accordée au Département à charge par celui-ci d'assurer, par ses dispensaires polyvalents, la surveillance des futures mères et des nourrissons, le dépistage, le diagnostic et la prophylaxie de la tuberculose et des maladies vénériennes.

A cet effet :

1° Le département de Seine-et-Marne mettra à la disposition des Caisses de Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne, pour les assurés sociaux domiciliés dans le département de Seine-et-Marne, les services des dispensaires multivalents dont l'Office d'Hygiène sociale assure la gestion.

2° Les divers services des dispensaires s'appliqueront exclusivement au diagnostic et à la prophylaxie des grands fléaux sociaux, notamment : la tuberculose, cancer accessible, syphilis, mortalité infantile, et aux propositions de placement des

bénéficiaires de la loi du 30 avril 1930, qui en seront justiciables dans les établissements de cure et de prévention.

Ces services comprennent les consultations générales (examens cliniques du malade en vue du diagnostic), les consultations oto-rhino-laryngologiques, les examens bactériologiques divers (crachats, pus, selles, urines, sang, etc.), les inoculations aux cobayes. A côté de ces services antituberculeux, sont également ouverts aux assurés sociaux les consultations antivénériennes au cours desquelles s'effectuent le dépistage (examens clinique, bactériologique et sérologique) et les traitements antivénériens avec fourniture gratuite des médicaments nécessaires.

Les consultations de dépistage des cancers de la peau et des cavités accessibles.

Les consultations d'hygiène mentale (dépistage, prophylaxie des petits mentaux et des arriérés).

Les consultations médicales prénatales, en vue du dépistage des maladies organiques et héréditaires chez les futures mamans.

Le fonctionnement des consultations de nourrissons et le contrôle de la réalité de l'allaitement chez les bénéficiaires de l'assurance maternité.

3° Tous les assurés dépistés par les Caisses seront signalés par elles à l'Office, en vue de prise en charge médico-sociale par le dispensaire de la circonscription. Le signalement sera adressé en double exemplaire aux services administratifs de l'Office.

4° Les dispensaires assureront la prophylaxie au domicile des assurés ou de leurs ayants droit.

En outre, à la demande des Caisses, ils coopéreront au contrôle des assurés sociaux justiciables de leur action dans les conditions fixées par les lois et règlements. Ce contrôle, qui aura un caractère exclusivement prophylactique et clinique, portera principalement sur l'opportunité de l'admission des assurés dans les établissements de cure et de prévention, l'appréciation de l'état de santé et la durée de la maladie.

5° Le Conseil de surveillance comptera trois représentants de l'Union des Caisses.

En l'absence d'Office départemental, l'Assistance publique peut être appelée à coordonner l'action préventive de son administration avec celle des assurances.

Subvention au département de Seine-et-Oise Service de l'Assistance publique

Une subvention de 300.000 francs sera versée au Département dans les conditions suivantes :

1° Les Caisses informeront le service de l'Inspection de l'Assistance publique de la situation des assurées et femmes d'assuré sociaux aptes à recevoir les prestations et indemnités d'assurance-maternité prévues par la loi du 30 avril 1930, dès la réception du certificat de grossesse envoyé à la Caisse par les intéressés.

2° Le service de l'Inspection de l'Assistance publique prendra toutes les dispositions pour mettre en surveillance médicale et hygiénique les assurées en question qui devront être soumises pendant leur grossesse à trois examens médicaux, le premier ayant lieu, au plus tard, le cinquième mois de la grossesse, le second au cours du septième mois et le dernier au cours du huitième mois.

Une prise de sang sera faite au cours du premier examen et toutes les analyses nécessaires seront effectuées.

3° Le service de l'Inspection de l'Assistance publique assurera le contrôle des femmes enceintes et des nouvelles accouchées, tant en ce qui concerne les soins que le repos qu'elles doivent observer 6 semaines avant et 6 semaines après leur accouchement.

4° Ce service assumera la surveillance des nourrissons dans les conditions suivantes :

Les enfants d'assurés présentés à la consultation des nourrissons ou visités au domicile de leurs parents au moins 18 fois au cours de la première année.

5° Les Caisses pourront demander au service de l'Inspection de l'Assistance publique la suppression de l'agrément de toute consultation ne fonctionnant pas dans les conditions normales ou ayant délivré des attestations irrégulières.

Pour la maternité, dans le département de la Seine, les rapports sont réglés comme suit :

1° En contre-partie de la subvention, les Caisses primaires ayant leur siège dans les départements de Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne, informent l'Office de la situation des assurés sociaux et femmes d'assurés ayant leur domicile dans le département de la Seine et susceptibles de recevoir les prestations et indemnités d'assurance maternité, dès la réception du certificat de grossesse envoyé à la Caisse par les intéressées ;

2° L'Office prend toutes dispositions pour mettre en surveillance médicale et hygiénique les intéressées qui devront être soumises pendant leur grossesse à trois examens médicaux :

Le premier ayant lieu au plus tard le cinquième mois de la grossesse, le second au cours du septième et le dernier au cours du huitième, une prise de sang étant faite au cours du premier examen et toutes les analyses nécessaires seront effectuées ;

3° L'Office assure le contrôle des femmes enceintes concernant les soins et le repos qu'elles doivent observer six semaines avant et six semaines après l'accouchement ;

4° L'Office assure également le contrôle de l'allaitement et la surveillance des nourrissons qui devront être présentés régulièrement deux fois par mois dans les six premiers mois de la première année, une fois par mois dans les six derniers mois et dix fois au cours de la seconde année ;

5° Il sera versé directement par la Caisse à l'O.P.M.I. une somme de 5 francs par femme signalée ;

6° La représentation de l'Union sera assurée par six ou huit membres

Pratiquement, dès la réception du certificat de grossesse des assurées ou des femmes d'assurés, la Caisse enverra au siège

social de l'O.P.M.I. un avis individuel reporté sur un bordereau récapitulatif. A l'O.P.M.I., le bordereau sera immédiatement transcrit sur les registres de comptabilité, et les avis répartis entre les infirmières-visiteuses des différents secteurs. La Caisse signalera ensuite les naissances qui lui seraient connues, les cas litigieux, les demandes d'enquête, lesquels seront transmis de la même manière aux visiteuses.

Les infirmières-visiteuses se rendront au domicile des futures mères dans un délai maximum de dix à douze jours, leur remettront les pièces administratives, s'il y a lieu, les convoqueront aux consultations ou leur feront choisir celles désignées par les Caisses. Lorsque les assurées seront soignées par des médecins privés ou sages-femmes, les infirmières-visiteuses établiront la liaison nécessaire entre les Services médicaux et les Caisses et contrôleront le repos.

Les infirmières-visiteuses retourneront à domicile vers l'époque prévue pour l'accouchement ou dès que la naissance de l'enfant leur sera signalée. Elles guideront et suivront de même la mère et le nourrisson pendant toute la période d'allaitement, soit elles-mêmes, soit par l'intermédiaire des consultations et des infirmières-visiteuses d'autres Services agréés par l'O.P.M.I.

Les infirmières-visiteuses et leurs secrétaires consigneront sur des dossiers le résultat de leurs visites et tous les renseignements utiles. Elles communiqueront aux Caisses, au fur et à mesure de leurs visites chez les assurés, toutes les observations qui leur seront demandées (décès, mort-nés, fausses couches), les résultats de leurs enquêtes et les renseignements d'ordre administratif (déménagements, départs, changement de situation).

A titre indicatif, pour préciser comment les caisses peuvent aider des œuvres collaborant à un tout qui seul intéresse, je rapporte les détails d'utilisation de la *subvention à l'Office de protection maternelle et infantile pour prêts gratuits (un million)*.

Cette subvention sera accordée à l'O.P.M.I. à charge par celui-ci d'accorder aux œuvres maternelles et aux consultations de nourrissons des prêts sans intérêt en vue de contribuer au perfectionnement de l'installation technique de ces œuvres ou consultations.

Ces prêts seront consentis après enquête par une commission spéciale constituée à l'Office et dans laquelle l'Union comptera la majorité de représentants (trois sur cinq).

Pour la répartition rationnelle de ces prêts gratuits, l'enquête devra tenir compte des garanties techniques présentées par l'œuvre, de ses possibilités d'amélioration, de sa bonne gestion financière, de sa situation géographique et de sa situation par rapport au nombre d'assurés correspondant à la localité ou au quartier dans lequel l'œuvre est située.

L'œuvre devra, naturellement, être d'accord avec l'Office de protection maternelle en ce qui concerne l'unification de méthode de travail (fiches, registres, signalements, technique des consultations pour la pesée, contrôle de l'allaitement), acceptation des avis techniques de l'Office.

La Commission aura pour charge d'assurer la surveillance de l'emploi des prêts et de justifier auprès de l'Union des Caisses de l'utilité, sur le plan des Assurances sociales, de la subvention consentie.

Au fur et à mesure que les œuvres et consultations auront pu améliorer leur outillage technique et que leur gestion financière leur permettra le reversement à l'Office du montant du prêt, les disponibilités ainsi retrouvées par l'Office permettront d'apporter à de nouvelles œuvres une aide financière analogue.

Pour obtenir un prêt, l'œuvre intéressée devra satisfaire aux conditions suivantes :

- 1° L'œuvre ne devra pas faire double emploi.
- 2° Le prêt devra être utilisé à des travaux d'aménagement des locaux ou d'amélioration du matériel.
- 3° Le total du prêt ne devra pas dépasser 100.000 francs par centre.

4° Le prêt ne devra pas représenter une avance de 50 % de l'ensemble des travaux, dont justification sera donnée par la production des devis.

5° Il pourra être consenti une avance de 75 % du prêt qui sera régularisé dans les conditions prévues pour le Pari Mutuel.

6° Le prêt sera remboursable par annuités dans un délai maximum de 15 ans.

7° En cas de non-paiement d'une annuité, le remboursement total sera exigible immédiatement avec réfraction sur les prestations.

En matière de lutte antivénérienne, le financement s'adresse :

1° A la Ligue de Préservation Sociale qui reçoit les assurés dans ses consultations, moyennant 2 fr., à la charge du patient et 9 francs à la charge de l'Union, jusqu'à un total de 500.000 francs.

2° A l'Institut Prophylactique dans la limite du même maximum de 500.000 francs à raison de 100 francs par bénéficiaire assuré traité.

3° A la Ligue Nationale Française contre le péril vénérien, du Docteur SICARD DE PLAUZOLLES sous forme d'une subvention fixe.

Pour l'armement sanitaire :

Dans le cadre national, les caisses de la région parisienne sont comme les autres dans l'incertitude générale, quoique mieux renseignées.

Dans le cadre de leur activité personnelle, elles ont réalisé et continuent à développer un ensemble d'établissements curato-préventifs :

Château de Dammartin, centre de collapsothérapie ;

Château de Brolles, centre pour nourrissons.

Elles participent dans de fortes proportions au traitement actinologique avec l'Institut de Vallauris.

Les destinations primitives ont été modifiées et les propriétés servent maintenant, l'une aux femmes suspectes de tuberculose, sous forme d'un véritable pré-ventorium pour adultes, l'autre d'établissement de post-cure.

Une réalisation est en cours pour les petits cardiaques.

Enfin, les caisses de la région parisienne ont financé des emprunts d'intérêt général, les habitations à bon marché en particulier.

Une mention doit être faite au précieux bulletin de documentation de l'Union.

TITRE II

La Caisse Interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise

§ I. — MÉTHODES DU SERVICE SOCIAL

C'est dans le cadre de l'Union parisienne que la C.I.A.S. a réalisé un service médico social que j'ai eu l'avantage de visiter en détail avec les différents chefs des sections. Il est de première valeur :

- 1° Par son service médico social de visites à domicile;
- 2° Par son service médical de contrôle, de diagnostic et de statistiques;
- 3° Par son service des cures et repos;
- 4° Par l'éducation de son personnel administratif;
- 5° Par l'éducation des assurés;
- 6° Par les participations et subventions que la caisse finance.

Une communication faite le 17 décembre 1935 par M. CAHEN, chef des services sociaux à l'ensemble du personnel de la caisse précisait le rôle, le fonctionnement et les résultats de cet organisme de *liaison* au sein de la C.I.A.S. : *liaison à l'extérieur, liaison avec les autres organismes d'assistance et de prévoyance sociales, mais surtout liaisons à l'intérieur avec les différents services médicaux et administratifs.*

Le service social, c'est le système nerveux d'une caisse, l'organe de transmission entre les comparti-

ments que seraient les autres services bien à l'abri derrière leurs cloisons étanches.

Ces cloisons étanches, ce sont des mains féminines qui sont chargées de les abattre, celles des infirmières et plus spécialement celles des infirmières visiteuses, cheville ouvrière des services sociaux.

Il n'est naturellement pas question de dire que le service social se borne à l'activité des infirmières ; toute la politique des assurances égale service social, mais, cela est un fait, à la C.I.A.S. plus qu'ailleurs, l'infirmière est la clef du système.

Une conception particulière à cette caisse permet, en effet, d'utiliser les infirmières diplômées d'Etat :

1° *Comme secrétaires et auxiliaires médicales* dans tous les services d'examen des assurés, rue de Dunckerque et dans les trente succursales de banlieue. Cela va de soi.

2° *Comme agentes de prestations.* — Comme un contrôleur administratif, elles doivent vérifier ce premier point : l'assuré est-il en règle ?

Elles pratiquent ensuite un contrôle de surveillance médicale, de répression s'il y a abus, et dénoncent les présomptions de fraude. Enfin, les prescriptions médicales sont-elles régulièrement suivies.

Auxiliaire, toujours docile du médecin traitant, la visiteuse ne doit jamais se permettre la moindre réflexion sur la thérapeutique instaurée par lui, mais elle doit intervenir au sujet de l'interprétation de ses prescriptions et conseiller le malade, l'aider au besoin sur la façon de les appliquer pour qu'elles produisent plein effet.

3° « Monitrices d'hygiène, elles doivent être aussi *monitrices d'hygiène sociale*, elles doivent dépister et signaler tout risque de contagion; elles doivent en éviter le danger par les mesures prophylactiques, par les séparations, par les placements nécessaires. Ceci demanderait de longs développements, notamment au sujet de la prévention de la tuberculose, de la lutte contre le mal quand il est déclaré pour diminuer les risques d'invalidité ou sa durée et aider à récupérer, en activités sociales, les anciens malades guéris ou demi-guéris.

Ici, collaboration avec l'Assistance Publique et les Offices Publics d'Hygiène Sociale et leurs dispensaires par l'intermédiaire du Service des Cures, dont les chefs qualifiés vous expliqueront un jour le mécanisme médical et administratif, comme pourra vous être aussi expliqué celui des services de la Maternité et son rôle en collaboration avec l'Office de Protection de la Maternité et de l'Enfance et ses visiteuses pour la lutte contre la mortalité infantile.

Monitrices d'hygiène, monitrices d'hygiène sociale de médecine préventive, dépisteuses de contagion, les infirmières visiteuses sont enfin des débrouilleuses de cas sociaux où toutes les questions se posent à la fois — ressources, travail, logement, prévention, placements dans des foyers déséquilibrés par la maladie et par sa cause ou sa conséquence: la misère. Et là, les infirmières-visiteuses deviennent des sœurs de charité, mais des sœurs de charité d'un caractère bien spécial: d'abord ce sont des sœurs de charité laïques qui ne pensent pas que l'aide qu'elles apportent leur

permet un prosélytisme de quelque nature qu'il soit : quelles que soient leurs convictions personnelles, leur premier devoir, par respect pour le malheur est la plus stricte neutralité politique et religieuse. En second lieu, ce sont des sœurs de charité qui doivent s'interdire même si leur sensibilité les y incite, tout ce qui ressemble à une distribution d'aumônes. Elles doivent avant tout être les réorganisatrices sociales des foyers dévastés par la maladie ».

La C.I.A.S. entretient à Paris une trentaine de ces infirmières à activité étendue et le double en banlieue.

La note de service intérieur n° 483 du 28 mars 1936 fixe la conduite à tenir par les visiteuses contrôleuses à partir du 1^{er} avril, en utilisant la carte-lettre obligatoire qui désormais est attenante à la feuille de maladie et doit être envoyée par l'assuré sous peine de perte du droit aux prestations. Une moitié de cette carte-lettre est remise à l'infirmière du secteur intéressé déclenchant la visite à domicile qui donne lieu à une mention selon des règles précises. La carte retournée à la caisse est mise dans des positions différentes aux guichets de paiement telles que le guichetier automatiquement :

- 1° Paie normalement;
- 2° Paie après avoir fait vérifier administrativement les droits;
- 3° Envoie au contrôle médical;
- 4° Envoie au service des cures.

Dans les deux derniers cas, le service technique, contrôle ou cure, a déjà reçu de la visiteuse une fiche de renseignements médicaux pour éclairer le diagnos-

tic du médecin contrôleur. Le malade n'est pas un étranger quand il arrive pour se faire examiner.

Si l'infirmière juge utile de signaler la pauvreté, le taudis, etc... de l'individu visité ou de tout autre membre de son entourage, à un organisme public ou privé, elle rédige un signalement sur une formule spéciale que le service social central de la caisse envoie à l'adresse voulue.

Cette organisation réalise, on le voit, un tout cohérent qui rend de grands services.

Les deux points sur lesquels le système peut être attaqué sont :

1° La coexistence d'infirmières visiteuses de la caisse dans des familles où fréquentent déjà les infirmières d'autres services sociaux (O.H.S., etc...).

2° Le fait qu'une infirmière s'occupe de contrôle, de vérification de droits n'enlève-t-il pas à son uniforme le droit à un accueil généralement bienveillant de la part de la population visitée. Au lieu d'être neutralisée par le rôle de « sœur sociale », la méfiance naturelle qu'inspire le contrôleur n'intervient-elle pas au contraire pour amoindrir ce rôle bienfaisant. J'ai amorcé cette réserve dans la documentation internationale à propos de la Yougoslavie.

Ce n'est là qu'une crainte dont je n'ai pas trouvé la justification dans les rapports d'infirmières de la C.I. A.S. que M. MARTIN m'a communiqués.

§ 2. — DIRECTIVES DE BASE DU SERVICE DES CURES
ET REPOS

Le docteur GODARD dirige avec expérience le service très important des cures et repos, vocable qui cache le nom de la terrible et trop décimante tuberculose.

Cette section très importante de la C.I.A.S. est longuement décrite dans les publications de l'Union des caisses de la région parisienne.

Elle fonctionne à la fois comme :

- 1° Organisme de contrôle;
- 2° Dispensaire de dépistage;
- 3° Centre de diagnostic et de triage;
- 4° Service de prestations;
- 5 °Services de placements

fonctions auxquelles s'ajoute une sixième non moins active :

6° Centre d'études, de statistiques, sur la tuberculose et d'élaboration de directives pour son traitement.

Le service est installé sans luxe inutile, mais richement en ce qui concerne le matériel technique moderne. Son activité se résume dans les données qui suivent :

	1933	1934	1935
Malades pris en charge (au titre maladie)	5.993	8.793	10.225
Malades pris en charge (au titre invalidité)	303	2.030	4.169
Examens de contrôle médical	10.200	23.397	34.762
Radiographies	—	4.189	7.467
Nombre de malades passés au ser- vice social	—	7.968	5.801
Malades placés par le service	1.198	1.868	2.550
Feuilles de participation aux frais de séjour en établissements de cure	2.846	4.168	5.567

	1933	1934	1935
Nombre de décomptes..	27.378	46.596	66.558
Prestations versées	9.843.548	14.435.639	19.675.713

En 1935, l'action préventive s'est étendue aux cures d'air :

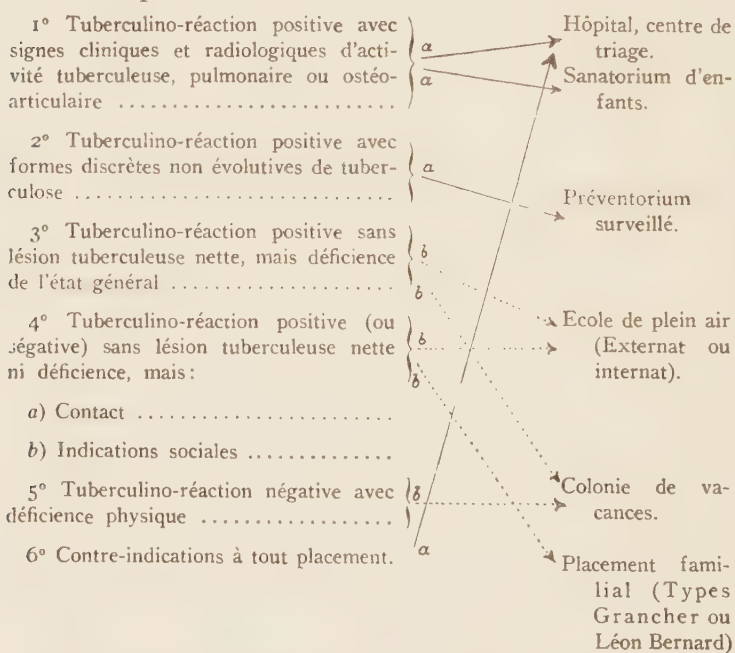
Nombre d'enfants en cure d'air	1.853
Nombre de radioscopies	980
Prises en charge de livrées	1.890
Somme totale dépensée pour les cures d'air Fr.	548.574

L'activité scientifique a fait l'objet de statistiques inédites du Docteur GODARD ou de données graphiques publiées par l'Union des Caisses de la région parisienne (*Les Caisses d'A.S. et la lutte antituberculeuse, juin 1935*).

Le projet du Docteur GODARD pour une organisation unique de la région parisienne constitue un plan de coordination de grande valeur parce qu'appuyé sur des directives diagnostiques et thérapeutiques bien étudiées qu'on retrouve dans le *Médecin Conseil* à différentes occasions.

Les tableaux relatifs au placement des enfants d'assurés sociaux (Docteurs GODARD et M^{lle} REBOUL) gagneraient à être enseignés au personnel de tous les services médico-sociaux.

Voilà celui qui met en regard la classification médico-sociale des enfants à placer et le type d'établissements aptes à les recevoir.



a —————> Prix de journée remboursé par la Caisse.

b> Prix de journée non remboursé.

Tout à fait nouvelle puisque mise au point pour l'été 1936 seulement est l'institution des *colonies thermales*, liées aux colonies de vacances proprement dites sous le vocable de *cures thermo climatiques*.

Dans quelques stations, les caisses parisiennes utilisaient déjà des *camps thermaux*, mais il s'agissait là d'installations de fortune. C'est à Saint-Honoré que la C.I.A.S. a pris à long bail un hôtel en situation difficile, l'a réparé et transformé et y loge ses enfants d'assurés justiciables du traitement tonique doux. La surveillance médicale y est parfaite et après trois semaines de traitement, les enfants sont amenés à Brolle pour un post cure de trois semaines dans la forêt de Fontainebleau.

Il y a lieu de noter en passant que tout enfant envoyé en cure est l'objet d'une carte d'observation dont les renseignements au départ servent à l'instruction des médecins chargés de la surveillance à la campagne, qui à leur tour inscrivent leurs observations sur les constatations faites pendant le séjour. Les annotations du moniteur sur le comportement moral, les aptitudes, ou les troubles du caractère sont également précieux pour le dépistage des tares psychiques, le relèvement des arriérés et l'orientation professionnelle ultérieure.

Sans préjuger des résultats escomptés pour les cures thermales et pour les cures-d'air de 1936, il faut apprécier la méthode en fonction des constatations faites en 1935 par le Docteur GODARD. En procédant à des mensurations très régulières sur 2.000 enfants de chômeurs envoyés en vacances par la Caisse, il a constaté que :

43 % des enfants présentaient une valeur physique inférieure à l'indice minimum de leur âge, cet indice étant lui-même de 10 % au-dessous de l'indice moyen des tables de Ch. RICHET fils.

8 % seulement avaient une valeur physique dépassant la moyenne.

Au retour, le taux de 43 % des débiles était ramené en moyenne (car il y a grosses différences selon l'âge) aux environs de 18 %.

§ 3. — EXEMPLE D'UN CENTRE DE DIAGNOSTIC

Sous la direction du Docteur BERNIER, fonctionne le *contrôle médical général* de la C.I.A.S. Il occupe des médecins appartenant à la caisse et des spécialistes qui y ont un cabinet où ils tiennent rang d'experts.

Les malades envoyés par les guichetiers, sur le vu de la carte-lettre annotée par les infirmières, ou sur leur initiative personnelle, sont débrouillés par une infirmière secrétaire médicale et examinés.

La radiographie, le laboratoire et les spécialistes sont sur place.

Les dossiers servent à l'établissement de statistiques scientifiques qui ont été momentanément abandonnées faute d'un spécialiste de ce genre de travaux, mais qui reprennent avec le concours d'un ancien statisticien du docteur PRYLL, en Allemagne.

Le docteur BERNIER a bien voulu m'exposer un important travail en cours, sur les maladies endocriniennes qui jouent dans la morbidité, objet de prestations onéreuses, un rôle extrêmement important.

Le nombre des assurés examinés par le contrôle et faisant l'objet d'une fiche sanitaire bien étudiée par le véritable centre de diagnostic que représente l'armement de la caisse est environ le dixième de celui des feuilles de maladie payées.

A ce contrôle, les règles suivantes sont appliquées : en cas de dépistage d'une affection qui ne semble pas avoir été diagnostiquée par le médecin traitant, et si le médecin du centre a une opinion à soumettre à son confrère sur le malade, l'affection ou la thérapeutique, sans s'immiscer antidéontologiquement, il intervient à titre confraternel par une lettre adressée en dehors du malade.

Malgré les critiques acerbes que quelques-uns ont fait au service médical de la C.I.A.S. des preuves m'ont été fournies de la collaboration bien comprise que beaucoup de médecins parisiens apportent à une organisation qu'ils considèrent comme utile et capable de les aider dans des cas difficiles. Ces praticiens ne sont malheureusement pas la majorité.

§ 4. — COMMENT ÉDUCUER

L'éducation du personnel de la caisse se fait :

1° Par les réunions périodiques où les chefs de service, tour à tour présentent dans une causerie une question relative à leurs attributions.

2° Par un journal mensuel *Entre nous*, où, en dehors d'articles de tribune libre, sont traitées sous forme de lettres ou de résumés des mises au point sur

les questions du service intérieur ou au contraire de documentation générale.

A titre d'exemples, je relève dans le numéro de janvier 1936 des considérations sur les modifications apportées à la loi.

Extension du droit des assurés;

Comment à la C.I.A.S. va fonctionner le contrôle renforcé par les cartes-lettres rendues obligatoires;

Le rôle du guichetier;

La feuille de maladie de huit jours;

Le rôle des agents locaux, etc...

L'intérêt professionnel du journal est doublé par les renseignements sur le mouvement du personnel, les nominations, la nécrologie, la vitalité de la caisse mutuelle « Aide fraternelle du personnel de la C.I. A.S. ».

Il faut signaler comme heureuse initiative la « boîte aux idées » dans laquelle, tous les employés sont invités à déposer leurs suggestions propres à améliorer le service. Des primes de 100 francs sont accordées aux auteurs de propositions avantageuses.

L'éducation en dehors de la caisse s'adresse :

1° A une élite de personnes que leurs professions ou leur dévouement à l'action sociale appellent à connaître les principes fondamentaux des A.S.

2° A la masse qui a besoin d'une éducation sur ses droits et devoirs envers la caisse.

Dans le premier ordre d'idées, ce sont plutôt l'Union des Caisses départementales et celle de la région parisienne qui interviennent.

Il faut mentionner l'action des caisses auprès des syndicats ouvriers et les conférences faites notamment par M. MARTIN aux dirigeants de la C. G. T.

Jusqu'à présent, pour les assurés, il n'a été distribué que des tracts développant les recommandations, plutôt administratives, affichées dans le hall de la caisse, rue de Dunkerque, et, je pense dans les succursales.

Il est dans les intentions du docteur FORESTIER de développer beaucoup la branche éducation dans le rôle qu'il est appelé à jouer comme conseil de l'Union des caisses de la région parisienne. La conversation que nous avons eue à ce sujet m'a permis de mesurer l'effort à entreprendre. Malheureusement, à peine en possession de son service, il est accueilli par une grosse besogne de contrôle-invalidité.

CHAPITRE VI

DIRECTIVES D'EXEMPLE

OFFERTES PAR LA COLLABORATION

RÉALISÉES EN MEURTHE-ET-MOSELLE

**§ 1. — Le développement des moyens de protection
de la santé publique par la collaboration**

Je crois savoir que notre département est le seul où fonctionne actuellement un tel service sous forme d'un comité réunissant toutes les activités médicales et sociales, d'assurance, d'assistance et d'entr'aide.

Il est, en tous cas, le seul où l'entente des Caisses, du Corps médical et de l'Office d'Hygiène sociale se soit faite dès le premier jour de l'application de la loi.

Cela s'explique par la capacité de réalisation de ceux qui ont signé les conventions de base et par l'activité dans son pays lorrain de l'expert français des questions médico-sociales.

Faut-il dire que la Meurthe-et-Moselle est le seul département où existe une collaboration productive? Certes non, et mise à part la région parisienne où se traitent les mêmes questions sur de grosses masses, dans le cadre départemental, la Gironde, le Nord,

l'Oise et quelques autres secteurs ont fait de la bonne besogne. La Sarthe possède depuis plusieurs années un comité analogue au nôtre.

Mon travail prendrait des proportions inutiles si je m'attachais à la description de tous les travaux régionaux.

Pour ne donner qu'un seul exemple: à Bordeaux, le service social antivénérien fonctionne en plein accord avec les caisses qui ont agréé en particulier les consultations prénatales de la ville et du département, fréquentées par les assurés sous la surveillance administrative des A.S. et la surveillance technique des infirmières visiteuses de la Fédération des Œuvres girondines. La prévention des assurés a fourni en Gironde des colonies de vacances dès le début de l'application de la loi. La lutte antituberculeuse y est active. (Voir, au sujet de la coordination à Bordeaux, l'ouvrage du docteur EYLAUD et les publications dans la prophylaxie antivénérienne des docteurs ROCAZ et autres.)

§ 2. — Origines et composition du Comité

Il existe depuis 1930, où la situation du département était la suivante:

D'une part: 220.000 assurés dont 210.000 de professions non agricoles, répartis en 43 Caisses d'importance très inégale, la seule Caisse départementale groupant 60.000 assurés, tandis que de petites Caisses d'entreprise n'avaient que 40 à 50 cotisants.

D'autre part: un Office d'Hygiène en pleine prospérité, un des plus cohérents de France et le mieux

adapté, puisqu'en accord étroit avec le corps médical, les œuvres privées, dispensaires industriels, etc... qu'il avait déjà su coordonner.

S'agissait-il, pour les Caisses que la prévention intéressait, de créer des établissements de prophylaxie sociale à côté de ceux de l'Office, recrutant du personnel nouveau et limitant leur action aux seuls assurés?

M^{me} MOYSE pose la question dans sa thèse de 1934, sur *les Assurances Sociales en Meurthe-et-Moselle*, et répond par l'exposé des principes qui ont réalisé l'accord Office-Caisses.

L'utilisation pour la lutte préventive des organismes existants était la mesure la plus sage. Elle fait bénéficier les Caisses de l'action entreprise tout en leur évitant les inconvénients d'une gestion difficile qu'on ne peut improviser.

En donnant aux organismes spécialisés dans la lutte préventive les moyens de poursuivre ou d'accroître leur action, les Caisses travaillent pour elles-mêmes à une échéance plus ou moins éloignée. C'est un placement qu'elles réalisent; au surplus, comme toutes les subventions ont pour effet d'augmenter les moyens d'action des organismes avec lesquels elles collaborent leur aide financière, surtout dans la période actuelle, a le caractère d'un acte énergétique.

Enfin, cette méthode est bien la plus économique pour elles, elles bénéficient de tous les avantages de l'opération du patrimoine déjà accumulé par les

*Offices et des subventions et dons recueillis par eux.
L'action préventive en est renforcée.*

Le syndicat des médecins ayant toujours été en termes excellents avec l'Office, avant comme après la promulgation de la loi CHAUVEAU, il a été signé entre :

1° L'Office d'Hygiène sociale, représenté par son Président ;

2° L'Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle, représentée par son Président ;

3° L'Union des Caisses de répartition de Meurthe-et-Moselle, représentée par son Président ;

une convention aux termes de laquelle l'Office met à la disposition de tous les assurés sociaux les services de tous les dispensaires existants ou à créer sous son contrôle, ses infirmières visiteuses d'hygiène sociale, son personnel spécialisé, le laboratoire de l'Institut régional d'Hygiène.

En annexe, étaient publiées des directives : *Comment régler la collaboration éventuelle entre les dispensaires d'hygiène sociale et le corps médical dans les assurances sociales.*

C'est sur l'article 6 de la convention ci-dessus que j'attire l'attention.

ART. 6. — *En vue d'étudier toute question concernant le bon fonctionnement et le développement de la loi des A.S. dans le domaine de l'Hygiène et de la Médecine sociale préventive, et d'aménager en particulier les moyens d'étude et de renforcer les institutions d'hygiène et de médecine sociale déjà existantes ; il est institué une commission dite de collaboration*

pour le développement des moyens de protection de la santé publique, comprenant les représentants des groupes suivants:

*Office d'Hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle,
Association syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle,*

Union des Caisses d'Assurances sociales de Meurthe-et-Moselle,

Bureau de Bienfaisance de Nancy,

*Administration hospitalière de Nancy,
auxquels seront adjoints les fonctionnaires chargés du service de l'inspection départementale d'hygiène, de l'inspection de l'assistance publique et de la direction du service départemental des A.S.*

Le comité de collaboration était créé. Il comprend aujourd'hui les représentants des groupements fixés à l'origine et en plus des représentants des allocations familiales.

§ 3. — Rôle d'un médecin hygiéniste attaché au comité de collaboration

Le Comité de collaboration pour le développement des moyens de protection de la santé publique, pour augmenter son activité et aussi pour avoir un service permanent d'études, émit l'idée, au cours des réunions de 1935, de s'adjoindre un médecin social, diplômé d'hygiène.

Strictement tenu au secret médical, travaillant en dehors du service intérieur des caisses, n'étant pas lui-même contrôleur ni conseil, mais disposant de par

la volonté même des membres du comité des documents que ceux-ci possèdent, ce médecin serait placé, par ses liaisons, pour synthétiser les activités simultanées des divers organismes.

Il est bien entendu que, se bornant à étudier les fiches sanitaires établies par le contrôle syndical, il ne développerait aucune concurrence aux attributions de ce contrôle.

Sur place, les matériaux de travail seraient, pour toutes les études relatives au fonctionnement des A.S. en Meurthe-et-Moselle :

1° *Les éléments administratifs représentés par les dossiers d'assurés dans les caisses.*

2° *Les documents médicaux que forment les fiches du contrôle médical.*

3° *Les données sociales relatives aux assurés, établies par les services sociaux de l'Office départemental d'Hygiène.*

L'ensemble des liaisons du médecin hygiéniste attaché au comité peut être schématisé dans le diagramme ci-contre qui donne le cadre général des services assurantiels, médicaux, sociaux et d'hygiène publique du département. L'étude détaillée de ce document donnera en même temps une notion exacte des rapports entre tous les services et un rappel des conventions relatives aux A.S.

§ 4. — L'activité du comité depuis 1931

A) ORGANISATION DU CONTRÔLE AVEC L'AIDE DE L'O.H.S. ET DE L'ASSOCIATION SYNDICALE DES MÉDECINS

Dès 1931, le comité a pris les décisions suivantes :
Augmentation par l'O.H.S., de son personnel
d'infirmières visiteuses ;

Ces infirmières seront mêlées au contrôle et à la
prévention des assurés sociaux dans les conditions
ci-dessous, qui intéressent aussi les dispensaires de
l'O.H.S.

a) *Placements, repos et cures.* — Cette question
concerne à la fois les caisses, l'Office et le syndicat
médical. Elle est donc tout à fait dans le cadre de la
convention. Quand un malade aura besoin d'une
période de repos ou d'un séjour dans un établissement
de prévention ou de cure, son médecin traitant en
avisera les services du contrôle médical technique
(carte-lettre mauve spéciale). Ce service enregistrera
la demande et dirigera le malade sur un dispensaire
de l'O.H.S. qui examinera le malade en personne et
pourra émettre un avis motivé. Cet avis, sans porter
atteinte au secret professionnel, indiquera quel est le
degré d'urgence de la mesure proposée, quelle est la
nature de la cure à envisager, quelle région et, au
besoin, quel établissement serait particulièrement
recommandé, enfin quelle doit être la durée de cette
cure.

Il sera transmis à la caisse du malade qui pourra ainsi décider en pleine connaissance de cause quelle est la suite à donner à la demande de l'assuré.

b) *Contrôle maternité.* — Toute une organisation va être mise à l'étude sur le principe d'obligation des assurées à se rendre à des consultations prénatales et, d'autre part, à subordonner l'attribution des primes d'allaitement ou les bons de lait à des visites régulières et périodiques aux dispensaires.

c) *Surveillance.* — Sur demande des caisses adressées à l'Office, les infirmières se rendront au domicile des malades pour :

1° S'assurer de l'exécution des prescriptions du médecin traitant;

2° Conseiller les assurés;

3° Exercer une surveillance générale de la famille.

d) *Hygiène.*

B) LE DÉVELOPPEMENT DE L'OFFICE D'HYGIÈNE POUR LE PROFIT DES ASSURÉS SOCIAUX

Dès 1931, partant de ce principe que les sommes versées à l'Office sont destinées à son développement en faveur des assurés sociaux, la question de l'augmentation du nombre des dispensaires est abordée.

Sont projetés les dispensaires de Cirey, Vézelize, Longuyon; mais une documentation élémentaire semble nécessaire sous la forme d'une carte de répartition des assurés dans le département.

Il est établi par les caisses et le service départemental :

1° Une liste du nombre des assurés effectivement cotisants à chaque caisse ;

2° Une carte des assurés par canton : chiffres absolus et pourcentage dans la population.

Il est ensuite tenu compte des desiderata des différentes caisses en ce qui concerne les services de l'O.H.S.

Ces sollicitations locales se résumaient à une demande d'extension, d'appui ou de création de dispensaires. L'objet de la plupart de ces demandes étaient déjà à l'étude.

Bref, ont été réalisés :

Le dispensaire de Longuyon, ouvert le 1^{er} janvier 1933 ;

Le dispensaire de Piennes, ouvert en novembre 1933 ;

Le dispensaire de Villerupt, ouvert en novembre 1933 ;

Le dispensaire de Bayon, ouvert en janvier 1934 ;

Le dispensaire de Pagny-sur-Moselle, ouvert en mars 1934 ;

Le dispensaire de Malzéville, ouvert en novembre 1934 ;

Le dispensaire de Neuves-Maisons, ouvert en mai 1935 ;

Le dispensaire de Vézelize va s'ouvrir prochainement ;

Le dispensaire de Maxéville est bâti, couvert et les aménagements intérieurs commencent ;

Cirey est en voie d'exécution.

Parallèlement, le nombre des visites et des examens augmente, appelant un personnel plus nombreux d'infirmières et de médecins, ainsi que le témoignent ces quelques chiffres extraits des données plus nombreuses que publient les rapports de l'O.H.S.

	1930	1935
Nombre de dispensaires	20	31
Nombre d'infirmières	40	70
Tuberculose :		
Consultations	34.852	53.136
Visites de prophylaxie	24.144	23.466
Malades en charge au 31/12....	12.902	23.140
Placements en sanatorium ou hôpital-sanatorium	780	800
Placements en préventorium....	313	743
Syphilis :		
Consultations	32.046	35.640
Traitements	22.177	23.075
Enfance :		
Examens de nourrissons	17.549	28.832
Visites à domicile	12.537	42.194
Cancer :		
Consultants	1.355	1.573
Nouvelles prises en charge....	353	579
Journées d'hospitalisation	3.925	7.014
Hygiène mentale :		
Nombre de consultations	0	1.421
Hygiène dentaire :		
Total des interventions	0	25.000

Le nombre des personnes en charge au compte tuberculose a presque doublé et la section d'hygiène mentale s'est développée rapidement.

Les cotisations des Caisses d'assurances, loin de servir à l'Office pour assurer son budget ordinaire, ont été exclusivement employées à l'extension: frais de premier établissement de dispensaires et participation aux dépenses résultant de l'accroissement du personnel médical et d'infirmières.

EXTENSION DE L'OFFICE DU 1-1-31 AU 31-12-34

Frais de premier établissement des nouveaux centres de santé	1.406.000 fr.
Nomination depuis juin 1932 d'un médecin spécialisé pour dispensaires (2 ans 1/2 à 40.000 fr.)	100.000 fr.
Augmentation du personnel social — passage graduel de 41 à 65 infirmières — moyenne de 12 à 12.000 fr.: 144.000 fr., pendant 4 années	576.000 fr.
Augmentation des frais afférents — assurances — déplacements, etc...; moyenne des 4 années	90.000 fr.
Création d'un service administratif pour carnets de maternité: 2 ans à 12.000 fr.	24.000 fr.
	2.221.000 fr.

COTISATIONS DES CAISSES D'ASSURANCES
PENDANT LA MÊME PÉRIODE

1931 à 1932	379.265 fr.
1933	436.221 fr.
1934	639.980 fr.
	1.455.466 fr.

On voit dans quelle part la contribution des A.S. entre dans l'effort d'extension de l'Office.

En plus, l'extension mise à part, si l'on chiffre les avantages annuels que les Caisses tirent de la convention signée en 1930, en tenant compte que 50 % (70 % en ville) des personnes en charge à l'O.H.S. sont assurées ou ayant droit, et en évaluant les actes de prévention, comme cela a été établi dans un travail récent, c'est un minimum de 1.300.000 francs par an que l'on atteint.

Il y a un point précis où les avantages des Caisses sont nets de tout mélange avec des non assurés; ce sont les visites de surveillance à domicile et examens gratuits de femmes, ayant reçu le carnet de maternité: annuellement 25.000 francs.

Enfin, sans constituer une économie proprement dite pour les Caisses, l'Office apporte une contribution aux dépenses destinées à sauvegarder la santé des assurés sociaux par des subventions accordées sur les fonds du timbre antituberculeux (propagé et vendu par l'Office), aux assurés déchués après 180 jours de prestations.

	Préventorium	Sanatorium
	—	—
1931	96.000 fr.	63.000 fr.
1932	84.000 fr.	22.000 fr.
1933	60.000 fr.	22.000 fr.
	240.000 fr.	107.000 fr.

Soit un total de 347.000 francs et une moyenne annuelle de 115.000 francs.

C) ORGANISATION DE L'ASSURANCE MATERNITÉ

Sur la proposition du Professeur PARISOT, dès 1931 s'élaborait un avant-projet de réglementation, après étude :

1° De la situation existante au point de vue des consultations prénatales :

Maternité départementale ;

Consultations de la Croix Rouge ;

Consultations du Bureau de Bienfaisance de Nancy.

2° Des conditions à choisir :

Donner la gratuité avec le libre choix dans tout le département ;

Donner la gratuité, mais dans les seules consultations que l'O.H.S. peut organiser dans chacun de ses dispensaires.

Une intervention fut faite pour régler la première question avec le bureau de bienfaisance.

Le Professeur FRUHINSHOLZ, appelé comme conseil, devait coordonner l'action prévue, avec la maternité départementale.

La solution de la deuxième question était le libre choix général à titre d'essai.

Le carnet de maternité créé fonctionne dans les conditions ci-après exposées qui ont été portées à la connaissance des caisses, des assurés, des sages-femmes et des médecins.

A ce point de vue, il est regrettable que trop de caisses ne suivent pas les décisions prises par l'union dont elles font partie,

L'Office d'Hygiène chargé du travail de rassemblement, de dépouillement et de contrôle des carnets, est appelé à engager une sage-femme qui est spécialement occupée de ce service administratif.

Le carnet tel qu'il est réalisé :

— Place la bénéficiaire sous une surveillance médicale et sociale ;

— Lui laisse le libre choix ;

— Ne lèse pas les médecins ;

— N'obère pas les Caisses.

Son usage implique :

— Une déclaration de grossesse aussi précoce que possible ;

— Trois consultations prénatales à des époques déterminées ;

— Une surveillance sociale qui commence à la remise du carnet par l'infirmière-visiteuse ;

— L'encouragement à la surveillance médicale aux époques fixées, par l'action d'une prime supplémentaire si l'intéressée s'est conformée aux prescriptions ;

— La gratuité des analyses et des examens.

Son mécanisme réalise par une méthode unique pour toutes les bénéficiaires une très étroite collaboration au bénéfice de l'intéressée, entre les médecins ou sages-femmes, maternité, l'Office et les Caisses d'A.S.

Les services de consultations prénatales de l'O.H.S. ont reçu :

1933: 6.330 feuillets d'examen;
2.236 certificats d'accouchement.

1934: 7.855 feuillets;
2.835 certificats.

correspondant à: 331 carnets en 1932;
2.930 carnets en 1933;
3.188 carnets en 1934.

L'infirmière-secrétaire du Comité vérifie avec l'O. H.S. et les Caisses le fonctionnement du carnet.

Des enquêtes complémentaires portent sur:

Statistique et comparaison du nombre des examens, à la maternité, chez les médecins, chez les sages-femmes et aux dispensaires.

Vérification des examens avant le cinquième mois.

Constatation de la visite médicale du deuxième examen passé par un médecin et son époque.

Ecart entre la date des examens et de l'envoi des feuillets à l'Office;

Influence des carnets de maternité sur la fréquentation des dispensaires.

Influence des carnets de maternité sur la santé des nourrissons.

A l'avant-dernier point correspond pour la seule ville de Nancy, et en 1934, la prise en charge de 713 familles nouvelles qui n'étaient pas encore entrées en contact avec les organismes d'hygiène sociale.

Travail de plus longue haleine, la morbidité et la valeur des enfants issus des accouchements ayant fait l'objet de carnets de maternité sont suivies et compa-

rées au pedigree, aux renseignements du carnet et aux incidents de la grossesse.

Une autre enquête a porté sur l'étude des motifs au noms desquels certaines Caisses ne sont pas entrées dans la réalisation du carnet de maternité; cette enquête a permis d'en rallier quelques-unes.

Toujours en vue d'améliorer sa technique, le comité de collaboration a demandé une documentation qui a été réalisée par questionnaire auprès de trente Caisses importantes, relatif :

- 1° Aux consultations prénatales;
- 2° A la surveillance des bénéficiaires;
- 3° A la prime d'allaitement.

Ces enquêtes ont permis de juger le système instauré dans le département et ont conduit à le modifier comme suit.

Le principe des trois consultations prénatales est maintenu, la première consultation dans le quatrième mois de la grossesse, de façon à ce que la surveillance médicale puisse commencer 6 mois ou au minimum 5 mois avant la date présumée de l'accouchement, la seconde dans le septième, et la troisième dans le neuvième.

Les deux premières consultations doivent être faites obligatoirement par un médecin. Elles doivent être passées soit dans un dispensaire affilié à l'O. H. S., soit chez tout médecin ayant adhéré au présent règlement, soit à la maternité.

La première consultation qui doit avoir lieu dès la délivrance du carnet consiste en un examen très complet de l'état local et de l'état général de l'assurée

avec indication des antécédents personnels et familiaux. Le médecin pratique également une prise de sang s'il le juge utile. Les résultats de l'examen sont aussitôt transmis au service spécialisé de l'O.H.S.

Le second examen sera plus sommaire et constituera principalement un examen de surveillance.

Lorsqu'au cours d'une de ces visites il apparaîtra nécessaire de faire un examen complémentaire (prise de sang, analyse d'urine, radioscopie), celui-ci sera exécuté dans les dispensaires de l'O.H.S. et les analyses faites dans les laboratoires de l'Institut régional d'hygiène.

La troisième visite prénatale a pour but principal de mettre l'assurée en rapport avec la personne qui effectuera l'accouchement ou avec l'établissement où celui-ci devra avoir lieu. Cette troisième visite pourra être faite par un médecin, par une sage-femme, dans un dispensaire affilié à l'O.H.S. ou à la maternité. Elle ne pourra donner lieu à aucune rémunération, celle-ci étant comprise dans le prix de l'accouchement.

Il est bien entendu que ne donnent lieu à une rémunération que les visites suivies de l'envoi régulier de la fiche mentionnant les résultats de cet examen au service spécialisé de l'O.H.S.

PRIMES. — Aux femmes ayant suivi les prescriptions du carnet de maternité il est offert à titre de récompense une prime de cinquante francs. Pour l'attribution de la prime, il est tenu compte :

1° De l'époque de la déclaration de grossesse (avant le quatrième mois, ce qui est en général bien observé);

- 2° De l'époque des trois consultations prénatales;
- 3° De l'examen médical de la première consultation.

L'Office d'hygiène doit donner son avis sur l'opportunité du versement de la prime et porter son appréciation sur les relevés individuels envoyés aux caisses après les accouchements.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la prime est uniquement une récompense accordée aux assurés qui ont régulièrement rempli les prescriptions du carnet et qui ont ainsi permis le jeu normal du système de prévention établi entre les caisses, les médecins et l'O.H.S.

Protection du nourrisson

Avec l'aide technique du professeur CAUSSADE, le comité s'est occupé :

- 1° D'assurer aux enfants la distribution d'un lait sain présentant toutes garanties;
- 2° D'obtenir la certitude que l'argent versé à titre de prime servira à l'enfant;
- 3° De codifier la surveillance du nourrisson.

Les travaux relatifs à ces questions ont commencé dès septembre 1931 et ont abouti au carnet de nourrisson dont il a été donné 110 exemplaires de novembre 1934 à février 1935 et un mille depuis.

Jusqu'à présent, le carnet n'est distribué qu'aux mères de Nancy et banlieue immédiate.

Principes généraux du carnet de nourrissons. — Le carnet de consultations de nourrissons n'est déli-

vré qu'aux femmes personnellement assurées et qui ont droit aux primes d'allaitement et bons de lait.

Les Caisses l'établissent dès réception du certificat d'accouchement et l'adressent à l'Office d'hygiène sociale. Comme le carnet de maternité, il est remis aux assurées par l'infirmière-visiteuse qui veille sur l'enfant comme elle a veillé sur la mère.

Le carnet contient tout d'abord des principes d'hygiène, d'alimentation et des renseignements administratifs; puis il renferme 9 feuillets correspondant aux 9 primes mensuelles prévues par la loi, ramenés à 7 par les règlements de 1935-1936. Chaque feuillet se compose de 3 parties: un talon, un certificat médical, un bon. Le même numéro est reproduit sur les trois parties du feuillet.

1° *Le talon*, non détachable, permet un contrôle s'il y a lieu.

2° *Le certificat médical*, destiné à constater l'allaitement ou le droit à un bon de lait. C'est cette pièce qui, en cas d'allaitement maternel complet, permet à la mère de toucher sa prime en argent et qui, en cas d'allaitement mixte, lui donne le droit de recevoir des boîtes de lait.

3° En échange du *bon de lait*, les dispensaires remettront à l'assurée qui allaite partiellement, le nombre de boîtes de lait nécessaire, compte tenu des possibilités financières en cette matière. Ces bons de lait sont centralisés à l'O.H.S. et servent à établir des bordereaux récapitulatifs qui sont envoyés trimestriellement aux Caisses en vue du remboursement.

En principe, les *prestations sont acquises de la façon suivante* :

1° *Les primes d'allaitement* ne doivent être payées par les Caisses d'A.S. que sur présentation du certificat médical d'allaitement complet détaché du carnet ;

2° Même disposition dans les dispensaires pour l'échange des *bons de lait*.

Ces différents certificats médicaux ne peuvent être établis que lors des séances de consultations de nourrissons organisés par l'Office d'Hygiène dans ses différents dispensaires ou au cours des consultations qui fonctionnent sous le contrôle de l'Office (Cons. départementales).

Ces certificats doivent obligatoirement être signés par le médecin chargé de la consultation et doivent également porter le cachet du dispensaire ou de la consultation.

Ne peuvent, en aucun cas, être utilisés les certificats émanant de sages-femmes ou de médecins.

Les directeurs de Caisses sont instamment priés de ne jamais demander aux assurées communication de pièces médicales. En particulier, les Caisses ne doivent pas demander aux assurées communication des cartes de pesée de l'enfant ; celles-ci contenant parfois des indications concernant la santé des parents ou de l'enfant et des prescriptions de régime ou de soins particuliers.

Consultations sociales

Il faut signaler en passant le rôle des dispensaires organisant sous le couvert de l'Office des consultations sociales, où les infirmières se mettent à la disposition de la catégorie peu instruite de la population pour donner tous renseignements utiles, sur les droits et devoirs relatifs aux lois sociales et sur la conduite à tenir pour se retrouver dans leur enchevêtrement, plus largement pour donner « *tout renseignement, conseil ou directives dont les familles peuvent avoir besoin* ».

Véritables « *Bureaux sociaux* », ces consultations ont lieu à heure fixe, un ou deux jours par semaine, et 1935 a vu comment les consultations sociales peuvent être utilisées au profit des Caisses et des assurés.

Maisons de convalescence

En plus des maisons de convalescence appartenant aux Hospices civils de Nancy (La Ronchère et Maison V. Poirel à Rosières), les assurés sociaux vont avoir à leur disposition deux maisons de repos : Briey et Han-sur-Seille.

Considérant l'inconvénient que présente pour la santé des assurés les cures de repos en famille — qui sont parfois des cures de fatigue — et se font dans des conditions d'hygiène défavorables, la décision est prise dès 1931 de faire créer par l'Office, en collaboration avec les Caisses du département et le Syndicat médical, des établissements surveillés et bien adaptés.

Au projet, pour un million de francs, deux établissements de 60 lits chacun.

A la réalisation, plus modeste, fut achetée et installée à Briey, sur un plateau très sain, proche de la forêt, une maison pour dames, avec vingt lits.

A l'heure où j'écris ces lignes, une deuxième maison se meuble à Han, par les soins de l'Office d'hygiène. Son ouverture est prévue pour le 1^{er} juillet.

Les prix de journée dans ces établissements sont de l'ordre de 20 francs.

Camps de vacances

Le Secrétariat du Comité de collaboration avec l'aide des infirmières de l'O.H.S. et des dispensaires où sont examinés et triés les enfants, a organisé des camps de vacances pour les enfants d'assurés du département.

A la mer et à la montagne sont partis :

En 1935, 151 enfants de 7 à 14 ans ;

En 1936, 300 environ.

L'avantage des camps ainsi préparés est de posséder une surveillance médicale obtenue par entente avec un médecin de la région du camp.

Les résultats obtenus en 1935 avaient déjà permis d'apprécier un bel exemple d'action coordonnée.

DEUXIÈME PARTIE

LES DIRECTIVES A PRÉCONISER

Il est bien difficile dans une période de troubles économiques, et en France au moment d'un changement de politique, d'établir des directives avec chance de n'être pas contredit par des faits issus de nécessités financières ou des programmes encore inexprimés dans leurs modalités d'applications.

Quelles que soient les destinées politiques de notre pays, il est évident qu'il restera celui de la liberté individuelle et que les obligations trop strictes doivent rester ignorées au profit d'obligations demandées surtout à la bonne volonté des exécutants.

Il y a lieu aussi de tenir compte de la date à laquelle l'assurance obligatoire est apparue en France, naissant dans une période de prospérité, mais aussi venant se ranger pour le bien public à côté d'un outillage sanitaire et médico-social, public et privé, d'autant plus important qu'il avait été seul à s'occuper de la santé des populations économiquement faibles depuis qu'il est question de santé collective. Ceci explique partiellement que l'assurance sociale française ait pu vivre sur des données souvent opposées à celles de la plupart des autres nations, mais implique aussi qu'elle puisse et même doive, partiellement du moins, organiser différemment son rôle prophylactique. Et puisque le système assurantiel français a fonctionné cinq ans sur un principe unique parmi les systèmes sociaux en application, il faut essayer de réaliser dans son

cadre une prévention qui soit efficace sans nécessiter des bouleversements administratifs et sans aliéner à l'institution des A.S. les défenseurs de la charte du corps médical.

Ces considérations suffisent à dégager quelques idées :

1° Les réformes apportées à l'organisation sanitaire des assurances doivent respecter le schéma général des textes antérieurs et se servir d'eux sans en appeler la refonte radicale.

2° Les progrès vers la préservation de la santé publique doivent être réalisés en utilisant à leur maximum les ressources existantes :

a) Pour être économiques et ne pas obérer les Caisses ;

b) Pour ne pas créer de concurrence et de double emploi rendant précaire la vie des organismes et des praticiens qui se sont dévoués jusqu'à présent.

3° Les méthodes à employer doivent faire appel à la bonne volonté et, seulement si celle-ci ne suffit pas, à l'obligation. Il est essentiel que certains, pour le profit de tous et en vue du but final, s'imposent des contraintes morales et réforment une manière de faire qui rend stériles de bien beaux efforts.

Cette notion me conduit à dire un mot de certaines modifications d'idées et de procédure.

CHAPITRE VII

QUELQUES DIRECTIVES MORALES

Une époque difficile, une situation financière précaire, *une population assurée*, d'économiquement faible devenue souffrante par la raréfaction du travail qui rend délicate l'alimentation et l'hygiène, voilà des causes d'un affaiblissement de la santé qui appelle davantage l'appui d'une assurance sociale dont les ressources diminuent.

En face, dans *le corps médical*, la pléthore sévit, entraînant une concurrence dans laquelle s'infiltrant, avec la mentalité d'après-guerre, l'apport étranger, la fiscalité élevée, des tendances antidéontologiques, encore rares heureusement.

Restent *les services publics et privés d'hygiène et d'assistance*; dans les premiers, le fonctionnarisme a su s'adapter, perdre sa rigidité administrative et composer aimablement avec les non-officiels, et les semi-officiels. Quelquefois encore, malheureusement, persiste l'incompréhension, malgré un zèle apparent qui se traduit en formules inefficaces et en papier. Dans les seconds, offices d'hygiène en particulier, des efforts désespérés sont faits pour subsister malgré la

chute énorme des moyens d'existence provenant de la générosité budgétaire, industrielle ou privée, une vie intense existe encore, et même, il y a un accroissement des services rendus, grâce à la valeur de chefs énergiques, générateurs de dévouement, dont les infirmières donnent avec simplicité l'exemple.

En résumé, il semble que les difficultés soient pour tout le monde la trame de la besogne quotidienne sur laquelle se développera la prévention dans le cadre de l'Assurance sociale française.

Pliant sous l'effort, les intéressés, sans la moindre exception, doivent s'entendre en faisant abstraction de prérogatives et de questions personnelles.

La France a toujours su réaliser l'union dans les heures difficiles; je pense que personne ne doute du moment pénible que traverse notre Assurance Sociale, et le temps n'est plus aux idéologies disparates, contradictoires, aveugles ou égoïstes qui, d'une activité uniquement et en tout appliquée à l'intérêt public, ont fait quelquefois des compétitions d'ambitions se dressant l'une contre l'autre.

Une directive qui n'est plus à préconiser parce que son utilité s'est révélée depuis longtemps d'une façon éblouissante, a été prêchée par des apôtres fervents; c'est celle de la collaboration qui, seule, s'est montrée efficace, même dans les pays d'étatisation de l'assurance.

Or, collaboration entraîne inévitablement abnégation, confiance réciproque et action concertée. La collaboration n'admet pas l'action isolée dans une branche du groupe médico-social à l'insu des autres

branches. Elle appelle, par exemple, lors de l'élaboration d'un règlement, la consultation des spécialistes d'une partie voisine, à laquelle une mesure opportune pourrait servir en vue du résultat commun. Puissent les conseils de Caisse s'en aviser quand ils formuleront les textes d'application intérieure des décrets-lois.

En matière de prévention, il faut aux dirigeants de quelques Caisses, encore indécis, poser les questions suivantes :

Etes-vous exactement informé du rôle que l'assurance doit jouer dans ce sens et de la définition du terme ?

En faites-vous une chose idéale, séduisante, mais bien lointaine que vous regardez avec complaisance mais sans plus d'enthousiasme ?

Désirez-vous y contribuer personnellement par votre activité ou en vous confiant aux spécialistes de la question ?

Dans l'affirmative, agissez par vous, autour de vous et soyez un apôtre.

« Oui » a été et sera la réponse générale, mais trop de réponses n'ont pas été suivies d'actes effectifs, ayant eu un résultat tangible.

Quelles en sont les raisons ?

Pour quelques dirigeants, le manque de renseignements, pour d'autres l'apathie des difficultés de conseil d'administration ; pour quelques-uns encore, hélas, une force d'inertie calculée. Plus souvent, et c'est ce qui semble avoir manqué dans la coordination nationale, l'absence regrettable d'un chef doué des

pouvoirs suffisants pour prendre les décisions indispensables qui ne sont que des vœux entre les mains des innombrables assemblées et commissions élues ou nommées. Le quatrième chapitre de ce travail n'a que trop montré la non-fructification de projets cohérents, bien étudiés, comme ceux présentés dans les rapports de MM. PARISOT, GRIMALD, MARTIN et FORESTIER.

Les résultats obtenus par ces animateurs dans les sphères où ils jouissent d'une autorité directe et d'une influence immédiate, suffisent à prouver que leurs méthodes appliquées avec l'appui de tous les pouvoirs intéressés, auraient « *produit* ».

Que les exemples servent !

CHAPITRE VIII

LE CONSEIL TECHNIQUE

Ce qu'on peut obtenir actuellement en France semble résumé dans l'article de M. VAUGE, publié dans le *Bulletin de la Fédération nationale des Caisses départementales*, il y a un an, à propos d'un article du D^r DALLY.

COLLABORATION AVEC LES MÉDECINS? OUI
ORDRES DONNÉS AUX CAISSES? NON

Gazette des Assurances sociales, n° 8 du 15 mars

Le docteur DALLY, traitant de la prévention, déplore que rien de précis n'ait été tenté dans ce domaine, et termine ainsi son article :

« Le remède, c'est la constitution d'un comité composé de personnalités éminentes et libres devant les caisses, et dont les avis techniques seraient obligatoires. Les Assurances sociales ne sont pas des institutions de traitement, mais des distributeurs d'indemnités aux malades, leur devoir social est de limiter par tous les moyens possibles la charge financière de la maladie sur les citoyens. C'est un travail d'abord médical, et qui doit être dirigé par des médecins, à condition toutefois que ce soit des médecins compétents et que leurs avis soient obéis. Ces hommes existent, mais jusqu'à présent on semble avoir soigneusement évité de leur donner le droit de parler et d'ordonner. »

J'ai immédiatement adressé à la *Gazette* une lettre dont voici la conclusion :

« ...J'estime, certes, qu'il serait paradoxal de s'orienter dans la voie de la prévention sans demander tous les conseils nécessaires au corps médical. Et à ma connaissance, les médecins ne sont nullement écartés de nos travaux relatifs aux problèmes médico-sociaux.

« A Saint-Etienne par exemple, un accord a été conclu entre les caisses et le docteur LAURENT, médecin-chef du Centre antivénérien, en vue d'intensifier la lutte contre les maladies vénériennes.

« A Nancy, tout un programme de prévention a été appliqué par les Caisses, d'après les directives fournies par le professeur PARISOT, directeur de l'Institut d'Hygiène sociale.

On trouverait sur l'ensemble du territoire d'autres exemples.

Mais si une liaison est indispensable entre les Caisses et le corps médical, il faut que ce soit sous la forme de la « collaboration » et non sous forme « d'ordres impératifs donnés aux caisses » par les médecins.

« On voudra bien admettre que les assurés sociaux, qui paient et qui sont par ailleurs directement intéressés, doivent avoir le droit de faire connaître leur point de vue, et de discuter les propositions du corps médical.

« Libres discussions, collaboration aussi étroite que possible, oui.

« Ordres donnés aux Caisses, par un Comité exclusivement médical, non.

« Et je ne crois pas me tromper en affirmant que j'interprète, en la circonstance, la pensée de toutes les caisses, sans distinction d'origine. »

Nous sommes bien d'accord sur la non-obligation, mais tout de même dans les circonstances les plus générales, ce sont les Caisses qui sollicitent les avis de leurs médecins-conseils. Est-ce suffisant? *Les questions les plus importantes, où l'avis médical est indis-*

pensable, sont trop souvent celles qui justement ne sont décelables que par un médecin, c'est-à-dire ne sont jamais abordées, puisque leur nécessité n'est jamais perçue en l'absence de ce médecin qui devrait vivre à la Caisse ou très près d'elle pour en connaître tous les incidents quotidiens.

Le médecin-chef de Caisse semble incompatible avec le système d'Assurance-remboursement que nous avons en France, et puisqu'il faut s'en tenir au *médecin-conseil*, il y a lieu de souhaiter que ce dernier soit non pas un simple consultant auquel on demande un avis sur une difficulté. Il faut que lui-même extraie des actes journaliers de la vie de la Caisse les données des problèmes à résoudre.

Il n'est pas douteux que les causes soulevant des problèmes seront différentes dans un cas et dans l'autre, et que, vus sous des angles différents, les éléments de l'énoncé seront diversement recueillis et présentés.

Un médecin attaché à une Caisse, dont l'activité médico-sociale serait la seule occupation, constitue une solution, mais :

1° Son travail ne peut ni ne doit être confondu avec celui de médecin-contrôleur ou chef de contrôle, si la Caisse est vaste ; il doit se servir des renseignements établis par le contrôleur, mais ne pas intervenir dans son exécution ;

2° Alors, pour avoir une occupation et une situation suffisante, il ne peut être intéressé qu'à une Caisse assez importante ;

3° S'il est rétribué par la Caisse à laquelle il rend service, ce qui est juste, il est également délicat, dans

notre système français et avec notre mentalité, qu'il soit un fonctionnaire direct. De plus, quelle y sera sa situation au point de vue de l'autorité de ses conseils? En outre, ce système pourrait créer des difficultés envers les services publics ou privés d'hygiène et les syndicats médicaux;

4° Enfin, peu de Caisses, sur notre territoire, peuvent sur leurs frais de gestion faire la dépense d'une rémunération convenable puisqu'il n'y a en France qu'une dizaine de Caisses de répartition comptant plus de 100.000 assurés et 160 à 170 plus de 10.000 parmi lesquelles les Caisses départementales.

La proposition faite lors des projets des décrets-lois d'octobre de rassembler par mesure d'économie la poussière des petites Caisses de répartition aurait sans doute amélioré la situation au point de vue qui nous occupe.

Reste l'utilisation des services du médecin pour une Union, mais il s'agirait toujours d'un fonctionnaire étroitement lié.

La meilleure solution est évidemment le Comité de Collaboration limité au cadre d'une union de Caisses, ceci avec des conditions:

1° Que tous les membres du comité soient mis au courant de tout ce que fait chacun d'eux;

2° Que cette mise au courant soit fréquente et régulière;

3° Qu'il y ait au sein du comité des représentants médicaux techniciens de médecine sociale, et des représentants des praticiens, ayant une valeur indiscutée;

4° Que l'entente règne entre « collaborateurs » bien décidés à une action certaine.

Même dans ces conditions, il reste des études à faire pour étayer les décisions à prendre; en outre, il y a foule de petites questions dont la solution encombrerait les réunions. C'est l'œuvre d'une permanence utilisant un médecin social jouissant des facilités indiquées au chapitre VI et remplissant les fonctions d'informateur.

Cette manière seule est efficace dans les limites de la législation actuelle, cadre dans lequel il faut se tenir comme je l'ai exposé plus haut. Elle réalise une unité d'action et peut donner des résultats très heureux si dans un comité marchant bien tous les membres acceptent de fournir au médecin chargé des études, tous les documents nécessaires et au besoin l'appellent pour lui confier un travail utile en premier lieu pour eux-mêmes, mais en plus et au delà, pour tous les organismes représentés.

En outre, M. le Professeur PARISOT propose un excellent système qui devrait être généralisé: la présence de praticiens dans les conseils d'administration des Caisses.

CHAPITRE IX

DIRECTIVES

SUR LA NÉCESSITÉ ET SUR LA CONSTITUTION DE LA STATISTIQUE

La situation

Dans l'assurance sociale remboursement, les Caisse-paiement exigent sans doute quelques justifications, mais en réalité, elles ne savent pas pourquoi elles paient.

Cependant, plus intelligent que celui d'un simple distributeur, leur rôle doit être d'améliorer le *capital santé* des assurés, tout en préservant le budget difficile qu'alimentent les cotisations.

Elles ne veulent, elles ne peuvent ni ne doivent jouer plus longtemps le rôle de l'aveugle auquel on fait payer des places au cinéma. Les améliorations qu'elles entendent apporter à la santé publique, intimement liées aux économies qui doivent en résulter, les conduit à rechercher des explications leur permettant de diriger leur activité contre les maladies qui font le plus pâtir les assurés, qui coûtent le plus cher, ou qui sont les plus facilement évitables.

Les desiderata

Tous les dirigeants des Caisses demandent le libellé de la facture en même temps qu'on leur en présente le montant.

« Les Caisses doivent savoir combien leur coûte par exemple: une tuberculose, une blennorragie, une coqueluche, une rougeole.

« Elles doivent également savoir combien elles ont eu de cas de ces différentes affections. Elles doivent encore savoir combien leur coûte le petit risque (maladies de moins de quinze jours), et le gros risque (maladies de plus de deux mois) ».

C'est à l'aide de ces renseignements qu'elles pourront insérer dans le cadre général du plan d'équipement sanitaire leurs revendications (voir STOHL: *Vers le plan d'équipement sanitaire*).

Les moyens légaux

Si jusqu'à présent, le coût des maladies n'est pas chiffré, c'est faute de moyens légaux.

La conférence internationale des Unions Nationales de Sociétés Mutuelles et de Caisses d'Assurance Maladie constatait, en 1933, les réalités suivantes que la partie documentaire de cet ouvrage a montrées appliquées partout, sauf en France:

SECRET PROFESSIONNEL MÉDICAL

20) Les dispositions légales sur le secret professionnel médical ont été établies dans l'intérêt du malade. Cette protection est également pleinement due à l'assuré social. Toutefois une expérience déjà très longue enseigne que le senti-

ment de responsabilité et l'obligation de garder le secret imposé au personnel de caisses garantissent cette protection à l'assuré social, même si le diagnostic est communiqué à la caisse.

21) L'Assurance Maladie ne peut combattre les maladies sociales et prévenir les maladies professionnelles qu'en ayant connaissance des causes des maladies au moyen d'une bonne statistique de ces causes. Sans connaissance du diagnostic, l'assurance-maladie ne pourrait pas accomplir cette tâche qui est des plus importantes, ni lutter contre les abus et les recours démesurés à l'assistance médicale.

22) La Conférence estime qu'il serait souhaitable que dans tous les pays on trouvât les voies et moyens nécessaires pour que les caisses d'Assurances-maladie reçoivent sans difficultés communication du diagnostic, afin que les dispositions sur le secret professionnel médical prévu dans l'intérêt du malade ne soient pas un obstacle à la création d'un système véritablement social d'assurance-maladie et de lutte contre les maladies.

23) Dans les systèmes d'assurance remboursement, les renseignements nécessaires devront être communiqués aux services médicaux des caisses.

Ce sont là des directives appelées très longtemps dans le « *Médecin de France* » : le point de vue du B.I.T. Aussi, en France, aucune mesure n'est intervenue pour accorder la dernière résolution (n° 23) avec le refus de faire connaître, non seulement aux Caisses mais aux médecins-contrôleurs, la moindre indication de la nature de la maladie, basé sur l'article 378 de notre Code pénal.

Dans cette situation que reste-t-il donc possible de faire en faveur d'une documentation statistique capable seulement de guider la prévention.

**I. -- Les caisses d'assurance sociale doivent faire établir
une documentation statistique par leur contrôle
ou par le contrôle syndical avec lequel elles ont contracté**

En principe, le contrôle fait par des praticiens n'appartenant pas aux Caisses, ou leur appartenant mais n'étant pas en possession de toutes les déclarations de maladies, n'est qu'un contrôle contre les abus, une sorte de contrôle policier.

Le contrôle doit remplir un autre but: il doit être l'agent effectif du rassemblement du matériel statistique exact qui doit servir de base à la documentation des Caisses pour l'amélioration de l'état sanitaire de leurs assurés et évidemment de leur budget.

La valeur des chiffres fournis par le contrôle est donc fonction de:

- 1° La proportion des contrôles effectués;
- 2° L'époque du contrôle par rapport à la maladie;
- 3° L'outillage et la qualité des médecins-contrôleurs;
- 4° La méthode de dépouillement et de classement des renseignements contrôlés.

La proportion des contrôles effectués est toute variable et peut rester assez basse selon:

- a) la mentalité locale ou régionale des assurés et des médecins traitants;
- b) la modalité d'engagement des contrôleurs;
- c) la répartition des assurés.

Cette proportion, pour des motifs de répression, doit être maximum, et je crois qu'elle approche 100 % dans certain port, lorsqu'il existe une menta-

lité douteuse des assurés, encouragés par des soit-disant polycliniques, analogues aux « officines d'accidents du travail ».

Je crois que dans les grandes villes, le contrôle doit être plus sévère. Il est également plus facile puisqu'il occasionne des déplacements minima.

Peu nous importe en matière de prévention, les motifs qui règlent la fréquence des examens des assurés. Ce qui est indispensable c'est d'avoir les renseignements les plus nombreux et les plus exacts possibles.

La méthode qui consiste à déclencher le contrôle aux guichets des Caisses, et qui est à peu près la seule utilisée en province, présente en matière de prévention l'inconvénient d'être tout à fait arbitraire puisque uniquement basée sur des doutes personnels, des apparences d'abus, ou l'épaisseur des dossiers dont les plus volumineux ne sont pas nécessairement les plus onéreux ni les plus chargés médicalement.

Elle peut être améliorée par l'éducation soutenue des agents de paiement.

L'erreur au départ ne permet pas, par conséquent, l'utilisation des contrôles faits sur place sur 1 % ou 10 % des bénéficiaires de prestations, pour établir des taux de morbidité ou de mortalité.

En admettant à la rigueur qu'on puisse utiliser les fiches établies à l'occasion de ces contrôles, qu'on doit malgré tout considérer comme occasionnels, c'est sous les réserves suivantes :

A l'occasion d'un contrôle sous une incidence quelconque (demande d'intervention, de cure, de bandage,

gros dossier, doute), un malade est convoqué aujourd'hui. L'interrogatoire fait au moyen de son dossier antérieur révèle des renseignements que le médecin-contrôleur porte sur la feuille sanitaire :

Mai 1931 : scarlatine ;

Octobre 1931 : pleurésie ;

Juin 1932 : troubles nerveux ;

Octobre 1933 : maladie rénale ;

Octobre, novembre et décembre : douleurs rhumatismales.

Peut-on pour une statistique utiliser ces documents ?

1° Le diagnostic du médecin traitant de l'époque a été exact en principe, il a pu dans quelques cas être involontairement erroné ou imprécis.

2° Le médecin l'a-t-il indiqué au client et avec quelles précisions ;

3° L'assuré l'a-t-il compris ?

4° Comment l'a-t-il retenu, interprété ou brodé ?

5° Est-il de bonne foi en le répétant, ou le varie-t-il volontairement sous des prétextes qu'il croit favorables, et dans la limite ou les ordonnances du dossier ne peuvent le contredire ?

6° Quelles sont les séquelles décelables par le médecin-contrôleur après deux, trois ou cinq ans ?

En ce qui concerne la statistique de morbidité, ces renseignements sont inutilisables. *Seuls signifient quelque chose les diagnostics ayant fait l'objet d'un contrôle au moment de la maladie.* Au maximum, et cela avec une précision très relative, le dépouillement de fiches sanitaires établies rétrospectivement permet de :

1° Relever le nombre de cas d'une affection, à condition qu'elle soit d'un diagnostic précis et indiscutable (par ex.: maladie infectieuse bactériologiquement confirmée);

2° Relever les fiches comptables correspondantes aux dossiers des Caisses. Totaliser et faire le prix de revient.

Malgré qu'on connaisse le prix de la tonne, on ne connaît pas la valeur d'un train de charbon en l'entendant rouler. *Le seul moyen de connaître le coût des maladies est, sans déclaration, le contrôle du plus grand nombre de cas.*

C'est ce qui se passe pour l'invalidité pour laquelle les classeurs des contrôles privés ou syndicaux sont des mines de documents extrêmement utiles, obligatoirement établis pour chaque instruction.

Reste la qualité des diagnostics posés à ces contrôles fonctionnant comme centres de diagnostic appartenant aux Caisses en liaison avec des spécialistes qualifiés et des services d'hygiène comme les dispensaires antituberculeux, vénériens et leurs laboratoires d'analyses et de radioscopie.

Il n'est pas question de discuter plus longuement du service et de l'organisation du contrôle médical dans les A.S.

Le D^r BOUCHER a fait une étude complète de son rôle moral et social dans le *Médecin Conseil* de 1934. Dans la même revue, quelques mois après, le D^r PERRET reprenait dans une remarquable étude sur le contrôle médical dans l'assurance-maladie, sa tâche et ses moyens d'investigation. Il n'a malheureusement

pas précisé les moyens d'arriver au sixième point de ce que les Caisses peuvent demander au contrôle médical.

6° *Résultats pratiques obtenus par la Caisse
vis-à-vis de la santé de l'assuré
Les prévisions d'avenir*

Recherches sur morbidité, selon sexe, âge, profession, époques, etc...

Importance relative des causes d'incapacité de travail.

Conséquences techniques des modifications projetées.

Après avoir analysé les cas d'espèces, le médecin conseil en fait la synthèse et peut dire à la caisse : vous avez dépensé tant pour telles ou telles prestations, attribuées à telle ou telle catégorie de malades, et voici le résultat pratique de votre intervention vis-à-vis de la santé des assurés. Par conséquent, votre effort sera d'autant plus efficace, qu'il portera sur telle ou telle mesure de traitement ou de prévention...

Dans l'état actuel des textes et de la pratique, il n'est possible en matière d'assurance-maladie, de n'avoir que des impressions.

La première amélioration doit consister :

A multiplier les examens et à leur assurer une grande valeur diagnostique pour augmenter la qualité du fichier du contrôle dont le n° 15 du *Médecin Conseil* a décrit la valeur et les modèles variés. Qu'y a-t-il à craindre puisque :

a) Financièrement, le contrôle paie très largement et, plus on l'étend, plus la Caisse économise.

b) Sanitairement, tout examen sérieux de contrôle peut sauver une vie par un dépistage.

c) Moralement, un contrôle généralisé est mieux accepté qu'une surveillance sporadique qui laisse croire à une distinction malveillante.

II. — Les caisses pourraient utiliser les statistiques des pays à déclaration obligatoire

Il n'y faut pas songer, car :

1° Les systèmes assurantiels différents entraînent des causes différentes de dépenses en raison :

- a) De la variété des prestations accordées ;
- b) Des délais différents de carence et de droits ;
- c) Des diversités de sévérité de contrôle ;
- d) De la prescription économique très appliquée à l'étranger.

2° Interviennent les conditions :

- a) Géographiques et climatiques ;
- b) Raciales ;
- c) Professionnelles ;
- d) De répartition des assurés ;
- e) Economiques et générales influant sur le standard de la vie.

3° La morbidité des assurés est fonction entre les nations :

- a) De la valeur du service médical des assurances ;
- b) De la valeur de l'équipement sanitaire national ;
- c) Des efforts faits en faveur de l'hygiène.

4° Les méthodes employées diffèrent pour :

- a) La collecte des documents ;
- b) Leur classement ;
- c) Le cloisonnement choisi pour le tri et la présentation,

A ce sujet il serait souhaitable de voir unifier ce genre de travail en accordant toutes les listes à celle proposée, par exemple, par la D^r E. ROESLE, chef du service de statistique médicale au Reichsgesundheitsamt à Berlin (*Organisation d'hygiène de la S.D.N.*, Genève 1928, C.H. 730).

Il est impossible de tirer des conclusions de la comparaison des statistiques Ecossaises, Tchèques, Autrichiennes ou Yougoslaves dont j'ai fait mention.

En démonstration de l'erreur qu'il y aurait à partir dans un département sur les bases d'une autre région, je donne les statistiques, cependant rigoureusement établies, que les médecins de quelques Caisses ont publiées pour l'invalidité dans le *Médecin Conseil* d'avril 1935 à janvier 1936 sur une liste standard proposée par les D^{rs} BAR, DIKSON et PERRET.

Ce que l'on peut tout de même faire des statistiques invalidité

Je ferai miennes les conclusions du D^r ENCONTRE du *Groupe Rhodanien des Médecins Conseils*, commentées par son collègue le D^r CARNET. Il est seulement regrettable que la nomenclature choisie ne fasse pas ressortir dans les cas très nombreux où elles sont à la base des causes d'invalidité, les étiologies syphilitiques.

En ce qui concerne les maladies mentales, par ex. : un psychiatre qui s'est spécialisé dans la recherche de la syphilis et de l'hérédo-syphilis, mon maître le D^r HAMEL estime à 50 % la proportion des origines

spécifiques des psychoses. Ses travaux et les statistiques de son laboratoire de l'asile Maréville en font foi.

Les dépenses d'invalidité pour troubles digestifs, mais surtout les prestations maladie considérables entraînées par la pathologie gastrique sont dues, dans des proportions qu'il serait souhaitable de voir établir, à une mauvaise dentition.

Ceci nous amène à dire un mot particulier de certaines prophylaxies spéciales et de l'armement sanitaire qui leur est nécessaire.

	N ^{os}	Hommes	Femmes
Tuberculoses pulmonaires	1	1.354	88
Tuberculoses osseuses	2	62	4
Tuberculoses autres	3	27	2
Tumeurs malignes	4	65	4
Maladies infectieuses	5	1	1
Appareil respiratoire	6	81	3
Appareil digestif	7	75	3
Appareil circulatoire (cœur)	8	98	5
Appareil circulatoire (artères)	9	17	1
Appareil circulatoire (veines)	10	13	1
Affections puerpérales	11		
Suites de couches			
Système urinaire	12	19	2
Appareil génital (hommes)	13	1	
Appareil génital (femmes)	14		3
Psychoses	15	30	3
Système nerveux central	16	146	6
Système nerveux périphérique	17	11	
Yeux	18	30	1
Oreilles	19	2	
Traumatismes	20	31	1
Sang et rate	21	5	
Rhumatismes	22	43	3
Diabète	23	10	
Hernies et éventrations	24	2	
Goitre exophtalmique	25	3	
Peau et téguments	26	4	
Os et articulations	27	16	1
Divers	28	14	1
		2.160	1.36

DES D'INVALIDITÉ

INE (Années 1933 et 1934)

Total	Pourcentage	(Rhône. Dr CRÉMIEU)		Union départementale de l'Indre	
		Total	Pourcentage	Total	Pourcentage
186	62 %	174	39 %	26	22,41
104	2,90	13	3	7	6,03
50	1,40	10	2,20		
105	2,90	14	3	10	8,62
10	0,28			2	1,72
111	3,10	36	8,10	8	6,89
114	3,20	30	6,70	7	6,03
153	4,30	33	7,40	6	5,17
22	0,62				
23	0,65	1	0,20	2	1,72
	0,14				
5	1,10	23	5,10	5	4,31
41	0,09	3	0,60		
	0,90	5	1,10	3	2,58
31	1,80	16	3,50	4	3,44
64	5,90	37	8,30	8	6,89
208	0,40	2	0,40		
15	1,30	11	2,40	3	2,58
46	0,70	2	0,40		
6	1,30	8	1,80	1	0,86
46	0,19	6	1,30	1	0,86
7	2,10	12	2,60	6	5,17
74	0,48	5	1,10		
17	0,10			5	4,31
4	0,25	2	0,40	1	0,86
9	0,31				
11	0,96			8	6,89
34	0,68	2	0,40	3	2,58
24					
521	100 %	445	99 %	126	99,52 %

CHAPITRE X

DIRECTIVES POUR QUELQUES ACTIONS PRÉVENTIVES SPÉCIALES

§ 1. — Directives pour la Prophylaxie antituberculeuse

Cette lutte est en France celle pour laquelle il a été fait le plus de choses. Des plumes plus qualifiées sont intervenues en sa faveur. Je voudrais seulement qu'en vue et en conséquence de la collaboration, se fassent les améliorations suivantes :

1° Déclaration et surveillance obligatoire, comme pour les maladies infectieuses, et ceci, dans le sens du décret-loi d'août 1935, plus sévère que la loi de 1902 assez souvent inappliquée.

Les arguments pour et contre cette demande ont été remarquablement étudiés dans les traités de BROUARDEL et MOSNY d'une part, par LÉON BERNARD d'autre part.

Les caisses d'A.S. doivent appeler cette déclaration de tous leurs vœux.

2° Je demande s'il serait impossible d'appliquer aux assurés sociaux une disposition analogue au décret-loi sur « *la suppression de l'indemnité de soins aux* »

pensionnés 100 % pour tuberculose qui refuseraient de confier leur enfants à des organisations de préservation antituberculeuse ».

3° Réalisation plus rapide des placements au moyen d'un centre unique régional.

Cette accélération des placements dépend évidemment de la capacité d'hospitalisation, mais aussi de la bonne entente entre les œuvres antituberculeuses et les institutions d'A.S. Je voudrais à ce sujet ajouter un mot aux directives déjà formulées dans le *Médecin Conseil*, de février 1934, sur les « *Conventions entre caisses-maladie et organisations antituberculeuses* ».

L'article qui en fait l'objet constitue un schéma général suivi de modèles de rédaction fixant exactement les rapports des deux parties auxquelles se joignent le Corps médical et les représentants de l'Hygiène Publique.

L'intervention du dispensaire semble une nécessité dans le dépistage de la tuberculose dans les A.S. et si dans d'autres prophylaxies on peut prévoir des méthodes différentes, en phtisiologie, il importe qu'une convention précise règle la liaison entre les syndicats médicaux, ou plus exactement, entre les médecins traitants, les médecins contrôleurs et les médecins des dispensaires.

J'estime que, sans intervenir dans le traitement, entre le praticien et l'assuré, le contrôleur peut demander que le malade voit un spécialiste, en l'espèce le médecin du dispensaire et que les rapports entre eux trois soient ceux de conseils confraternels.

Mais il faut que le médecin de la famille soit constamment tenu au courant.

Les œuvres antituberculeuses étant les plus répandues et les mieux développées des organisations d'hygiène sociale, la seule conduite à tenir par une Caisse d'A.S. est de lier avec l'œuvre la plus importante de son secteur des rapports productifs établis sur les bases qui précèdent.

Au delà, en matière d'établissements de cure, si ceux de l'œuvre sont insuffisants, et ils le sont en général, il y a lieu :

1° De contracter avec les établissements de valeur étudiée, de telle sorte que :

a) Le prix de journée n'y soit pas trop supérieur au tarif de responsabilité de la caisse.

b) Le transport des malades ne soit pas trop long et onéreux.

c) Le contrôle par le médecin de la caisse ou par confrère interposé y soit possible.

d) Une liaison se fasse périodiquement entre les médecins de l'établissement, le contrôle médical qui a envoyé l'assuré et le médecin qui le soignait dans sa famille.

Il y aurait intérêt pour le respect de ces conditions que les caisses contractent avec un nombre très restreint d'établissements correspondant aux principales indications médicales : mer, plaine, altitude, et s'en tiennent là.

2° Si les conditions de distance, de qualité, de surveillance et aussi de capacité ne sont pas faciles à trou-

ver, les caisses doivent alors, mais seulement, entrer dans la voie des réalisations directes.

3° Enfin, provoquer les créations par des subventions ou des prêts.

Malgré les inconvénients que peut provoquer la gestion directe elle reste préférable à la cure libre, surtout quand il s'agit de tuberculeux.

Cette cure libre ne doit pas être une solution de facilité, onéreuse quoiqu'on en pense, parce que souvent inefficace, et en outre tellement dangereuse pour l'entourage des malades.

Elle ne doit être autorisée qu'aux malades inadaptés à la vie de sanatorium et non contagieux évolutifs.

D'autant plus que, pour les phthisiques, elle peut difficilement se faire dans le cadre départemental de la caisse et qu'elle nécessite l'appel à des contrôles d'autres régions.

Beaucoup de ces indications intéressent les cures d'assurés autres que les tuberculeux et on trouvera des directives complémentaires sur les cures en général dans « *Les cures chez les assurés sociaux* », articles du *Médecin Conseil* d'avril 1936 et numéros suivants, puis dans les rapports GODARD et EYLAUD à l'assemblée des Conseils, en juin dernier.

L'action préventive des caisses ne doit pas s'arrêter à la limite des droits légaux de l'assuré, ces limites portant :

sur la durée des prestations préventives,

sur la valeur des sommes remboursées au tarif de responsabilité, parfois de beaucoup inférieur aux prix de journée payés par le malade.

Ces difficultés ne devant pas être un obstacle à la prévention, il faut que les caisses-maladie fassent les démarches nécessaires pour aider leur assuré.

Quand il y a contrat avec un service social (O.H. S.), par exemple, ce sont les infirmières de ce service qui s'occupent auprès de l'assistance gratuite, les maires, les établissements de bienfaisance ou des œuvres privées.

J'ai signalé comment, en Meurthe-et-Moselle, l'Office d'hygiène met chaque année plus de 100.000 francs provenant de la vente du timbre, à la disposition des tuberculeux déchu des droits aux prestations d'assurance sociale.

En l'absence de contrats avec un office, c'est au service social même de la caisse qu'il appartient de secourir l'intéressé.

C'est dans ces cas particuliers qu'il doit être fait appel à la caisse d'Assurance-Invalidité.

Ils relèvent d'une sélection judiciaire pour laquelle le docteur GODARD a fixé des conditions :

- a) Malades évolutifs à pronostic favorable.
- b) Récupération possible de la puissance de travail dans un délai relativement court (admis comme plus petit que 2 ans).
- c) Les dépenses engagées ne doivent pas trop dépasser le capital invalidité évalué à un maximum de 25.000 francs.

On le voit une fois de plus, la lutte antituberculeuse chez les assurés sociaux est toute de collaboration :

- 1° Entre les caisses maladie et invalidité.

2° Entre les médecins traitant, contrôleur d'hygiène sociale et spécialiste sanatorial.

3° Entre les caisses, les services sociaux et les organisations d'assistance.

§ 2. — Directives visant la prophylaxie par cure thermale ou balnéaire

Je relève dans le numéro 127 du Bulletin de renseignements de la Fédération Nationale des caisses départementales d'A.S.

« MM. FAUGÈRE et MICHEL, sénateurs, ont présenté une proposition de résolution relative aux cures hydrominérales, thermales, climatiques, des assurés sociaux :

« Après avoir insisté sur la valeur de la saison thermale « curative » ils ajoutent :

« Appliquée enfin à des assurés sociaux au cours de la maladie, par exemple, entre le deuxième et le sixième mois, elle constitue par excellence le traitement par soins préventifs que prévoit la réglementation de l'invalidité et qui est considérée par l'administration comme le meilleur moyen de prévenir ce risque. Or, il est de toute importance que tous les moyens soient mis en œuvre en vue de circonvenir l'invalidité étant donné que cette prestation est appelée à grever très fortement le budget d'assurance sociale vieillesse et invalidité ».

Je ne suivrai pas les auteurs de la proposition dans les doutes qu'ils formulent sur la conscience du service médical de contrôle qui « a pour consigne de recon-

naître dans la moins large mesure possible la nécessité de la cure ».

Toutefois, je suis bien d'accord « *les assurés ne savent pas qu'ils ont droit à une indemnité pour cure thermale ou hydrominérale et ils ne demandent pas à bénéficier de ces cures* ».

Cette question a été suffisamment bien étudiée par les docteurs HILAIRE, FORESTIER, PETIT-ROUSSEL, MERKLEN et par mon maître le professeur PARISOT pour qu'il soit inutile d'y insister.

Les efforts développés dans ce sens par l'Allemagne, l'Autriche, la Tchécoslovaquie, l'Italie et je crois aussi la Pologne et la Lettonie, sont significatifs par l'usage courant des « *saisons* », le nombre des établissements propres aux Institutions, et les résultats obtenus.

Deux points semblent irrésolus chez nous :

- 1° le moyen et le taux de remboursement ;
- 2° la valeur de la cure hors des hôpitaux thermaux.

Pour le remboursement, il semble que le forfait constitue la seule base possible, mais, n'étant pas fixé par les textes législatifs ce forfait est arbitraire, variable pour chaque caisse, et demande à être une fois pour toute évalué d'accord avec les A.S., les médecins des stations et les administrations balnéaires.

Quelle que soit la valeur de ce remboursement, il sera toujours insuffisant pour permettre à la classe économiquement faible des cures trop onéreuses pour elle.

La seule solution est alors une participation à l'armement sanitaire édifié sur des *pensions à bas prix de*

journée, dans lesquelles une surveillance médicale permanente serait fructueuse.

La situation embarrassée de quelques hôtels de stations thermales pourrait être dénouée à l'avantage des propriétaires et des assurés, en profitant de la période de marasme que traversent certaines villes d'eaux.

Je me permets de proposer la combinaison suivante : supposons le cas d'une union de caisses située sur le territoire d'une station thermale pour un groupe d'affections bien déterminée. Elle entrevoit la possibilité d'acheter et de gérer avec une bonne surveillance, une pension dans cette station. Elle s'informe, auprès du centre national de documentation (s'il existe) ou auprès d'autres unions, du nombre d'assurés que ces unions peuvent avoir à faire soigner annuellement, du rythme des saisons demandées ici et là, etc... Elle leur propose alors une convention pour le logement de ces assurés et certaine d'en recevoir un nombre minimum pour le prix de journée convenu, elle peut exploiter en sécurité l'établissement prévu.

Des échanges analogues se feraient d'unions à unions.

Précisons bien toutefois qu'il s'agit de pensions, avec un règlement contrôlant le repos, le régime et la réalité de la cure, mais qu'en matière de traitement proprement dit, l'assuré doit rester sous la seule dépendance du médecin-consultant choisi par lui dans la station.

§ 3. — Comment réaliser économiquement une prophylaxie dentaire

Nos A.S. n'ont pas un souci exact de la prophylaxie stomatologique eu égard aux troubles sans nombre, satellites des mauvaises dentitions.

Il semble que la crainte des dépenses abusives d'appareils fait méconnaître un risque dans le traitement n'est remboursé à l'assuré qu'avec parcimonie.

En dehors des cliniques d'enseignement, des facultés, les dispensaires stomatologiques sont d'ailleurs à peu près inconnus en France.

Il est urgent que l'effort des caisses d'A.S. se porte sur la clinique dentaire, soit directement après entente avec les dentistes, soit par l'intermédiaire des offices d'hygiène qui sont placés pour avoir une section stomatologique.

Voici un exemple d'application de chacune des méthodes :

1° La prophylaxie par intermédiaire est réalisée à Nancy comme section de l'Office départemental d'hygiène, en liaison avec le Directeur de l'Institut dentaire de la Faculté de Médecine et la clinique dentaire qui en dépend.

Cette section de l'O.H.S. qui fonctionne depuis peu est à la disposition des caisses aux conditions fixées par la convention que j'ai décrite à propos du Comité de Collaboration.

Le développement en est ultra rapide si l'on juge par les chiffres publiés annuellement.

2° *A Lyon*, la Caisse Départementale du Rhône a réalisé sous sa propre gestion une très belle dentisterie qui fonctionne à plein rendement.

A vrai dire, cette création a fait l'objet de la part des syndicats professionnels dentaires d'une action qui n'a pas été reçue par le Conseil Supérieur des A.S.

Dans cette même voie, désire s'engager la C.I.A.S. et probablement d'autres caisses de la région parisienne.

On peut donner, en matière de dentitions mauvaises la directive commune à tous les dépistages : tout contrôle médical quelle que soit la cause le provoquant devrait être l'occasion d'un examen complet de l'individu.

Il n'est guère moins intéressant de conduire un édenté à la prothèse, que de dépister un vénérien. L'invalidité, quelle que soit sa cause entraîne la même rente.

Au demeurant, rappelons que la prophylaxie dentaire est aussi une question d'hygiène scolaire — la voiture stomatologique de l'inspection de la Moselle nous y fait penser opportunément.

§ 4. -- Comment les A.S. peuvent s'intéresser à la surveillance médicale scolaire

L'assurance sociale ne doit pas voir dans cette institution la source des demandes d'intervention, d'amygdalectomies, de cures d'air, de prescriptions toniques, qui lui coûtent cher.

Inspirée d'une politique à plus longue vue, elle doit appeler la collaboration des médecins scolaires quand

il en existe, et au cas contraire, faire tous ses efforts, auprès des pouvoirs publics, directement ou par les Offices d'Hygiène, pour qu'un service départemental soit créé, au moins dans les régions denses en enfants d'assurés.

Mais il s'agit là encore d'armement sanitaire.

L'assurance doit-elle subventionner ce service éminentement préventif ?

En principe non puisqu'il incombe aux pouvoirs publics.

Cependant, si une dérogation devait être faite aux conditions d'attribution des bonis, c'est bien à la prévention de l'enfant d'âge scolaire que les caisses favoriseraient déjà par les camps de vacances, que devrait aller l'appui financier.

CHAPITRE XI

MESURES A PRENDRE POUR L'ÉDUCATION DES ASSURÉS

Dans ce domaine, l'action semble devoir être adaptée au cadre limité par les règlements intérieurs des caisses.

Il s'agit, en effet, de faire connaître aux affiliés leurs droits et leurs devoirs tels qu'ils résultent, évidemment, de la loi française et des décrets ultérieurs, mais aussi tels qu'ils sont fixés par les modalités d'application régionales ou locales.

Cette instruction sur les principes fondamentaux et les avantages de l'assurance doit être doublée d'une éducation vulgarisée en hygiène générale.

Quatre procédés sont à la disposition de l'administration :

- 1° Utilisation des imprimés habituels.
- 2° Utilisation des tracts.
- 3° Distribution d'un journal.
- 3° Conférences et cinéma éducateur.

Le premier procédé est évidemment le plus facile et le moins onéreux. Il suffit de faire plier à l'intérieur des feuilles de maladie et à l'intérieur des feuillets de cotisation des explications de qualité suffisante et très

concises. Faite dans les feuillets de cotisation, cette propagande sera réduite à une distribution annuelle. Dans les feuilles de maladie, elle aura la même concision et sera unique pour les longues périodes qui séparent les approvisionnements successifs des correspondants.

Le tract est du même genre, très court et limité à quelques points de règlement; comme il ne faut pas songer à l'adresser par poste aux intéressés, il doit être distribué aux bureaux des caisses, du contrôle, des correspondants et dans les usines après entente avec les patrons. Malheureusement le tract est peu lu, perdu dans la publicité qui sollicite chaque jour le chef de famille quel que soit son milieu social.

C'est à la conception du journal que je voudrais m'arrêter car, le fait est absolu, dans la classe où il serait distribué, il serait lu de la première à la dernière ligne, à la condition :

1° Qu'il soit gratuit.

2° Qu'il soit attrayant.

J'en veux pour preuve l'intérêt qu'apportent hommes, femmes et enfants aux almanachs publicitaires et aux journaux distribués par des maisons de commerce, en particulier par les grandes pharmacies.

Ceux qui paient cette publicité savent qu'elle rapporte.

Que coûte-t-elle ?

La composition et l'impression d'un journal de quatre pages, format des grands quotidiens, coûte pour 100.000 exemplaires (ce qui serait le tirage pour une union de caisses intéressant un département) 88 à 95 francs le mille.

La dépense de chaque livraison, 9.000 francs environ, peut être amortie de 4.000 francs si l'on consacre la quatrième page à la publicité commerciale.

Ici s'élève un point délicat. La publicité la plus lucrative est en général celle des produits pharmaceutiques, or, il est indispensable qu'un organisme comme l'Assurance sociale ne signe aucun contrat de ce genre. Il reste par contre tous les produits d'hygiène personnelle, générales ou de l'habitation : dentifrices, savons, tue-mouches, désinfectants, etc...

Ce sont des produits que l'assurance ne rembourse pas et que par conséquent nul ne peut lui faire grief de répandre au moyen d'un journal élaboré dans un but social.

Dans ce même ordre de produits non remboursés se classent les produits diététiques, les laits, etc...

Les premières firmes à solliciter sont les grosses maisons d'alimentation, dont les succursales couvrent le territoire de la région où se diffuse le journal.

Après elles, les grands magasins et autres négociants de la ville, siège des principales caisses et du contrôle où les assurés sont naturellement drainés pour leurs achats.

Plus intéressante parce que pouvant faire l'objet d'un autre contrat en faveur des assurés sociaux — tarifs réduits par exemple — serait une publicité en rapport avec les établissements de bains, piscines et installations hygiéniques fréquentables par les économiquement faibles.

Je pense qu'en s'adressant à un quotidien, bien équipé pour un beau tirage, qui serait satisfait de

faire tourner ses presses aux heures du jour, en somme à temps perdu, on pourrait obtenir de lui :

Quelques photographies documentaires.

Quelques faits divers.

Quelques contes ou récits attrayants et pour douze numéros annuels de 100.000 exemplaires, un forfait qui ne dépasserait pas 100.000 francs.

Une mise au point préalable ferait connaître la répartition des livraisons pour chaque région du département et en particulier, le nombre d'exemplaires à remettre à chacun pour que tous les assurés soient touchés sans perte de non distribués.

Il y aurait indispensablement entente pour répartition :

aux guichets des caisses,

aux guichets du service régional des A.S.,

aux dispensaires,

au contrôle médical,

dans les usines, dans les grandes maisons à l'occasion de la paie, dans les écoles.

Les médecins et les pharmaciens eux-mêmes trouveraient leur intérêt dans les conseils donnés aux assurés sur le libre choix, la nécessité de se soigner, etc... Ils accepteraient de faire figurer le journal dans leur salle d'attente ou dans leur officine.

C'est une suggestion...

CHAPITRE XII

SUGGESTIONS POUR LA PRÉVENTION DES TRAVAILLEURS

Surproduction ou sous-consommation, peu nous importe, la constatation des paradoxes suffit à faire rechercher des remèdes.

Des gens malades s'épuisent à travailler dans la situation qu'ils ont pu conserver.

Des gens bien portants détruisent une santé florissante et perdent une remarquable force musculaire à ne rien faire.

Est-ce à dire qu'il faille jeter dehors les ouvriers malades ? Non sans doute, mais cependant un compromis ne paraît pas impossible.

Une bonne prévention ouvrière réside dans la visite à l'embauchage, exigée des administrations et des grandes compagnies. Il est urgent et indispensable, pour sauvegarder la santé de la classe laborieuse, d'obtenir à l'entrée dans une usine quelconque :

1° La preuve que le candidat est apte à faire tous les travaux sans que sa santé puisse en souffrir.

2° L'indication que son emploi doit être limité à des besognes plus ou moins dures, pour toujours, ou pour

une période temporaire correspondant à un état de santé particulier.

3° La certitude qu'on n'introduit pas, dans une collectivité, pour travailler côte-à-côte, avec des gens sains, des jeunes filles, des adolescents à la période délicate, des jeunes mères, un cracheur de bacilles.

L'intérêt est triple :

1° Pour le patron qui s'assure de la vigueur d'un personnel, auquel il peut demander un rendement élevé sans craindre des absences, des arrêts pour cause de maladie et encourir parfois des responsabilités, dont sa compagnie d'assurances ne lui enlève pas le poids moral.

2° Pour le postulant en faveur de qui sera fait un examen de santé sans bourse délier et qui se verra ouvrir le droit aux soins que nécessite son état.

3° Pour la préservation des individus sains, et l'intérêt n'est pas mince quand on pense aux dangers de cas comme celui qui m'a été rapporté : des femmes d'une industrie locale ayant des hémoptysies répétées à la table même où elles travaillent en compagnie de cinq autres filles de 15 à 30 ans.

A l'examen d'entrée doivent logiquement faire suite des examens périodiques, plus ou moins espacés selon le travail fourni et la catégorie dans laquelle les sujets auront été classés à l'entrée et aux visites ultérieures.

A titre d'exemple, je cite le système que j'ai vu fonctionner pour 22.370 ouvriers à l'Institut Social des Usines Bata en Tchécoslovaquie (voir *Revue d'Hygiène et de Médecine sociale*, janvier 1936. Le service médico-social des Usines Bata à Zlin).

Chaque sujet doit remplir un questionnaire sanitaire renseignant sur ses antécédents héréditaires, collatéraux et personnels; il subit un examen médical détaillé avec mesures anthropométriques et biotypologiques, analyses sanguines, expertise dentaire et enfin une radiographie.

La collection des dossiers obtenus comprend 27.000 clichés et enveloppes de renseignements se rapportant à cinq catégories d'individus classés comme suit, lors de ma visite en octobre 1935 :

AA : très sains, de force supérieure à la moyenne . .	12,14 %
A : sains, normaux	63,56 %
B : sains, plutôt faibles ou relativement sains	19,12 %
C : douteux, à observer	3,57 %
D : malades, à tenir à l'hôpital ou au sanatorium .	1,53 %

Les chiffres oscillent continuellement et varient entre hommes et femmes.

Les ouvriers des catégories AA et A doivent repasser des visites seulement une fois par an, B chaque 6 mois, C chaque trois mois et ne doivent être employés qu'à des travaux légers, D sont soignés et ne peuvent travailler qu'après changement de catégorie. Certains individus du groupe C peuvent être appelés à des visites plus fréquentes. Ils sont convoqués à l'atelier s'ils omettent de se présenter.

Bien entendu, en dehors des examens périodiques, chacun reste libre de se soumettre à une consultation volontaire.

Cette organisation fonctionne en collaboration étroite :

1° avec les services hospitaliers et les dispensaires de Zlin;

2° avec les médecins praticiens;

3° avec le médecin officiel d'hygiène publique;

4° avec le médecin scolaire;

5° avec la caisse d'A.S. qui est logée par Bata dans le même immeuble;

6° avec la *Ligue Masaryk*, contre la tuberculose.

La méthode précise de l'examen a été exposée par le docteur TOLAR, dans une publication tchèque. Elle se rapproche de la note du *National Safety Council de Chicago* sur « *L'examen médical dans l'industrie* » reproduite dans le *Médecin Conseil* de juillet 1935.

J'entends les objections relatives à l'examen médical:

1° *Qui le paiera ?*

a) Pour les grosses firmes l'intérêt en est déjà compris et les dispensaires qu'elles ont organisés peuvent leur servir. Par ailleurs, la dépense minime par rapport aux salaires, est productive.

« *La plupart du temps perdu par les travailleurs est dû à la maladie et aux défauts physiques et un grand nombre de ces défauts est attribué à des causes qui peuvent être supprimées par des soins médicaux appropriés aussi bien que par l'éducation sanitaire* ».

b) Pour les autres employeurs, une entente est facile avec les dispensaires d'hygiène sociale.

2° Les difficultés soulevées sont d'un autre ordre:

Nul n'a le droit d'empêcher quelqu'un de travailler parce qu'il est malade, et comment justement le malade

se soignera-t-il s'il ne peut vivre et faire vivre sa famille que par son salaire ?

Nul ne peut non plus obliger une entreprise à embaucher un malade. D'autre part, en procédant progressivement et dans l'époque de chômage intense et onéreux que nous traversons, une législation bien étudiée devrait permettre de dépister, de soigner tous les malades travaillant et de secourir leurs familles au moyen des indemnités de chômage, versées actuellement aux individus sains qui les remplaceraient.

C'est une nouvelle coordination entre les ministères du Travail et de la Santé Publique qui devrait être au programme humanitaire des gouvernements populaires.

CHAPITRE XIII

LES DIRECTIVES EN CAS DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME ASSURANTIEL FRANÇAIS

La dernière phrase du chapitre précédent me conduit à penser aux transformations radicales que l'Assurance sociale peut être appelée à subir avec les variations gouvernementales, actuelles ou futures.

Du point de vue préventif, quelles pourront donc être les conséquences d'une refonte du régime assurantiel ?

1° Un vaste programme d'équipement sanitaire est annoncé actuellement ;

2° Les élus demandent la création d'organismes nombreux d'éducation physique ;

3° L'éducation populaire serait plus poussée, la limite scolaire primaire augmentée à 14 ans ou plus, et imprégnée d'une certaine mystique de la valeur physique des individus ;

4° Les projets sur la presse semblent diriger la grande information vers la propagande guidée.

Les directives générales déjà données ici changeraient-elles ? Non !

En effet, pour l'armement sanitaire, il serait indispensable :

D'inventorier les existants ;

D'étudier les besoins ;

De faire le projet précis de la différence à réaliser.

Pour la base de ces travaux, resterait à créer l'indispensable *Centre technique de documentation*, tel que nous l'avons décrit.

Pour l'utilisation des organismes existants, les conventions garderaient les mêmes formes.

Pour la statistique, on verrait sans doute le service médical des caisses en généraliser l'emploi.

Pour l'éducation populaire en matière d'hygiène, les syndicats devenus puissants se chargeraient probablement, avec la presse et l'école, de faire le nécessaire.

Il faudrait cependant éviter de rien exagérer et de charger la collectivité d'un budget santé d'autant plus écrasant qu'il a été restreint jusqu'à présent.

Quel que soit le régime politique du pays, les réformes en faveur de la santé publique seraient les bienvenues, en particulier celles qui donneraient à la visite médicale préventive périodique, à la surveillance sanitaire des travailleurs et au carnet ou dossier de santé, le caractère obligatoire de la vaccination.

CONCLUSIONS

FIXANT DES DIRECTIVES GÉNÉRALES

Je me suis efforcé dans chaque chapitre de ce travail d'isoler les directives, d'abord officielles, légales, françaises et internationales, puis les directives d'exemple, enfin les idées de ce qui est facilement réalisable en France, en faveur de la prévention chez les assurés sociaux.

Regardant l'ensemble, on dégage des études générales et spéciales, l'impérieuse nécessité :

De la collaboration, à rendre plus étroite et plus dévouée ;

De la création d'un guide, technique et documentaire.

Les conditions dans lesquelles doivent être faites les dépenses prophylactiques sont isolées, à l'étranger comme chez nous, et j'ai mis en vedette les principales réserves qui doivent présider à l'octroi de subventions et de prêts.

Ceux-ci ne doivent pas servir à assurer la marche normale des organismes bénéficiaires, ni se borner à compenser leurs déficits budgétaires.

Au contraire, il faut exiger des institutions subventionnées un développement plus large des installa-

tions et de l'activité et s'assurer de la réalité par une participation dans le contrôle de la gestion.

Partant des principes que rien ne doit rester inutilisé, que la bonne collaboration est supérieure à la gestion directe et que tout le monde enfin, doit vivre honnêtement en prêtant son concours professionnel, quelle doit être, dans l'état actuel du système français d'Assurance-remboursement, avec libre choix et secret médical absolu, la conduite du conseil d'administration de Caisse qui, convaincu de l'urgence des mesures préventives, est décidé à engager les dépenses voulues?

Il doit :

I. — ETUDIER LES BESOINS: Cela veut dire :

a) Demander à son contrôle médical :

- 1° Les maladies les plus dangereuses socialement dans la population assurée locale;
- 2° Les plus onéreuses pour la Caisse;
- 3° Les plus fréquentes.

b) Tenter de faire établir le prix de la charge qu'elles occasionnent.

c) Obtenir si possible la notion de l'outillage sanitaire minimum à les prévenir.

II. — INVENTORIER LES RESSOURCES: Plusieurs cas peuvent se présenter :

A) *La région ou le département possède une organisation d'hygiène (office) polyvalente, bien installée, en plein rendement.*

Dans ce cas, il y a avantage :

α) A ne pas le concurrencer ;

β) A ne pas changer les habitudes des assurés et de leurs familles.

Il suffit :

a) De s'en remettre pour l'organisation aux techniciens de cet office ;

b) De l'amener à un développement plus grand par la subvention ;

c) D'étudier en accord avec lui les améliorations nécessaires et leur répartition par rapport au mode de groupement des assurés ;

d) De suivre les résultats progressifs dont l'examen dicte la conduite du lendemain.

Il faut, par contre, l'assurer pendant une durée suffisante que les aménagements et le personnel supplémentaire qu'on lui demande ne seront pas brusquement inoccupés ou plus exactement laissés sans soutien. D'où la nécessité d'une convention prévoyant une subvention nécessairement renouvelable, fixe, ou mieux sous la forme d'une cotisation par tête d'assuré ou par feuillet ventilé.

B) *L'organisation trouvée sur place n'est qu'univalente, mais bien armée dans sa partie.*

La directive du cas précédent s'impose.

Pour le surplus, il faut se comporter comme dans les cas suivants.

C) *Les organisations locales sont éparses, diffuses, peu outillées.*

Il importe avant tout de voir si elles veulent se regrouper et collaborer.

Puis tenter ce groupement.

Enfin leur donner les moyens financiers de se développer.

D) *Les organisations locales sont minimales ou inexistantes.*

La voie est à peu près tracée vers l'action directe.

Faut-il: a) faire peu et sur plusieurs points;

b) ou centraliser l'effort sur une prévention particulière?

Il semble que cette deuxième notion est la meilleure surtout en cas de moyens financiers réduits.

S'il est difficile de savoir ce qui coûte le plus cher ou quel fléau sévit le plus, la règle générale veut qu'on s'intéresse d'abord et surtout à la tuberculose et à la protection maternelle-infantile.

III. — Dans tous les cas envisagés, le dépistage des maladies susceptibles d'être l'objet de mesures préventives ne peut être fait que par les diagnostics précis, posés dans un centre convenablement outillé. Cela appelle:

a) L'utilisation du centre de dépistage que représentent les centres de santé d'un office digne de ce nom, avec laboratoire et radiologie;

b) A défaut, la constitution de centres de diagnostics qui seront, suivant l'état d'esprit des médecins du lieu, la présence d'une faculté, etc... :

α) Pour les cas les plus favorables à la Caisse et défavorables pour les praticiens, le contrat avec des

médecins anonymes dans un établissement bien outillé appartenant à la Caisse;

β) La fixation de barèmes différentiels permettant aux économiquement faibles l'accès des praticiens spécialistes;

δ) La création en concordance avec le cadre médical local d'un cabinet spécial subventionné ou non par les Caisses et armé avec l'appui technique et financier de praticiens associés entre eux dans ce but.

IV. — En ce qui concerne le devenir des individus dépistés:

a) S'il s'agit de spécifiques, les organismes subventionnés ou gérés doivent pouvoir faire le nécessaire;

b) S'il s'agit de cures et de repos, qu'on se trouve en présence d'une des quatre situations examinées précédemment, il importe que:

1° L'organisme de placements sache la cadence et le nombre des placements qui lui incomberont;

2° Qu'il prévoie le nombre suffisant de places toujours à sa disposition dans les préventoria, hôpitaux sanatoria, sanatoria de plaine, de montagne, marins, établissements thermaux ou de convalescence; ,

3° Qu'il ait avec eux des contrats intéressants et qu'en outre il soit certain de leur valeur thérapeutique et de leur surveillance. Ces conditions sont indispensables à la qualité et à la rapidité du placement. Elles impliquent une organisation unique pour la région habitée par les assurés.

V. — Quelles que soient les conventions pour la présentation générale, pour le contrôle et pour les

placements, la charte médicale doit être respectée puisque légalement acceptée.

VI. — Le contrôle en dehors de sa fonction de surveillance doit être avant tout un organisme préventif et il doit être dirigé en vue d'examens complets.

VII. — Pour l'hygiène générale :

a) Financièrement, on ne peut demander aux Caisse d'agir à la place des pouvoirs publics, et les seuls cas où les administrateurs pourraient intervenir, non plus en subventionnant, mais en prêtant, sont :

- les habitations luttant contre le taudis ;
- les adductions d'eau ;
- la construction d'hôpitaux ou autres établissements sanitaires, et, à la rigueur, l'appui des écoles.

b) En matière d'éducation hygiénique, en assurant celle de leur personnel et de leurs assurés, les A.S. peuvent et doivent intervenir.

c) Par le dépouillement de leurs dossiers, les remarques relatives à la répartition géographique ou saisonnière des maladies, par les constatations de leur contrôle, les institutions d'A.S. doivent agir comme promoteurs des enquêtes et des actions officielles :

- α) Par leur propre service social ;
- β) Par l'intermédiaire des services publics ou privés avec lesquels elles ont signé les conventions réglant la prévention de leurs assurés.

VIII. — Les autres suggestions que j'ai présentées : l'unité de direction, l'abandon du particularisme, l'ex-

tension de l'autorité des médecins-conseils, la statistique serrée de la morbidité et de la mortalité chez les assurés, la surveillance sanitaire et l'éducation des travailleurs, ne peuvent être que des vœux.

BIBLIOGRAPHIE

Cette rubrique n'est pas une référence aux publications intéressant l'ensemble de la question prévention et assurances sociales; elle contient simplement la liste des journaux, bulletins ou comptes rendus officiels, des ouvrages de documentation, et des articles originaux qui ont été consultés, cités ou reproduits au cours de mon travail.

DOCUMENTS OFFICIELS

- B.I.T. — *Bulletin officiel du Bureau International du Travail.*
— *Livre annuel du B.I.T.*
— *Informations sociales.* Périodique hebdomadaire, Genève.
— *Revue internationale du travail.* Mensuelle, Genève.
— *L'année sociale.* 1931, 1932, 1933, 1934 et particulièrement 1935. 2 vol., chap. III sur A.S. ,
— *Projets de conventions et de recommandations adoptées par la Conférence Internationale du Travail au cours de ses dix-huit sessions tenues de 1919 à 1934.* 1 vol., Genève, 1934.
— *Les problèmes généraux de l'Assurance sociale.* Série M, n° 1, Genève, 1925.
— *L'assurance-maladie.* Série M, n° 4, Genève, 1925.
— *L'assurance-maladie obligatoire.* Série M, n° 6, 1927.
— *L'assurance-invalidité, vieillesse, décès, obligatoire.* Série M, n° 10, Genève, 1933.
— *Les services sociaux,* 1^{er} vol. Série M, n° 11, Genève, 1933.
— *L'organisation internationale du travail et les A.S.* Série M, n° 12, Genève, 1936.

- Conférence internationale des Caisses maladie*, 1929.
Le Médecin-Conseil. Novembre 1933 et suivants... juillet 1936, Paris.
Le Médecin de France. Journal de la Confédération des Syndicats médicaux, Paris.
Le Siècle Médical, Paris.
Journal Officiel de la République Française.
Lois, décrets et règlements d'administration publique, circulaires concernant les A.S.
Codification des textes réglementaires concernant les A.S., par le Comité central des A.S. et par le Comité central des Allocations familiales.
Comptes rendus des états généraux de la Mutualité. En particulier: 1934 et 1935.
Comptes rendus du Comité national d'Entente pour les A.S. Paris.
Congrès de la C.G.T. Rapport par G. BUISSON, 1935.
Assemblées régionales des Caisses d'assurances sociales.
Conférence nationale des Unions de réassurance. Rapports annuels.
Congrès national des Caisses départementales. 1933, 1934, 1935, 1936.
Bulletin de documentation de l'Union des Caisses de la région parisienne.
Bulletin de renseignements de la Fédération nationale des Caisses départementales.
Bulletin mensuel des allocations familiales et des A.S.
Bulletin ouvrier des A.S.
Bulletin officiel de la Fédération nationale de la Mutualité française.
Ergebnisse der Statistik der Allgemeinen Orstkrankenkasse der Stadt Berlin. Publication officielle annuelle, Berlin.
Heilfürsorge in der Invalidenversicherung. Julius Springer, Berlin.
Arbeiter Krankenversicherungskasse Wien. Rapports annuels. Wipplingerstrasse 23, Wien I.

- Annuals reports of the Ministry of Health.* Depuis 1919. Off. Londres.
- Report by the Government Actuary on an Examination of the Sickness and Disablement experience of a group of Approved Societies in the period 1921-1927.* Edimbourg, 1930.
- Report on incapacitating Sickness in the insular population of Scotland during the year 1 st. July 1933 to 30 th. June 1934.* 4^e année. H.M. Stationery office, Londres et Edimbourg.
- Cassa Nazionale per le Assicurazione Sociali. Ass. obbligatoria contra la tubercolosi.* Rome, 1928.
- Les Assurances sociales en Tchécoslovaquie.* Publication de l'Institut central d'Assurances sociales de la République tchécoslovaque, n^o 55. En français. Orbis, Prague, 1931.
- 1926-1931. — *L'institution centrale d'assurances sociales.* En français. Prague, 1931.
- Statistique d'assurance invalidité et vieillesse et statistique de la morbidité des ouvriers pour les années 1929 et 1930.* En tchèque avec résumés allemand et français. 1 vol., Prague, 1934.
- Mitteilungen der Zentralsozialversicherungsaustalt* n^o 2. Jahrgang X, Februar 1936. Prague Smichow.
- Rapports de l'Office central des Assurances Ouvrières à Zagreb.* 1922, 1926 et suiv. Zagreb.
- Hrvatski stamparski Zavod.* D.D. Zagreb, 1925.
- Radnica Zastika.* Socijalno politicka revija, n^o spécial, t. XVII, 1935.
- La construction socialiste en U.R.S.S.* Moscou, 1935.
- Sovjetskoje Zakonodatelstvo.* Moscou, 1931.

ARTICLES ORIGINAUX

- BORIC (André). — *Quelques suggestions concernant l'emploi et la gestion des cotisations. - Prêts aux villes où il existe encore des taudis en vue de les supprimer.* (Informations sociales, 22 mars 1934, Genève).

- BOUDIN (D^r Paul). — *Les certificats administratifs et le secret professionnel*. (Concours médical, 6 mai 1934).
- *Projet de carnet de maternité. Secret professionnel*. (Concours médical, 29 avril 1934).
- CHAVAROT (M.). — *Quelques notes sur l'hygiène et la médecine sociales en Tchécoslovaquie*. (Rev. d'Hyg. et de Méd. Sociales, décembre 1935).
- *Le service médico-social des usines Bata à Zlin*. (Rev. d'Hyg. et de Méd. Soc., janvier 1936).
- COX (Alf.). — *Seven years of National Health Insurance in England*. (Journ. of the amer. med. assoc., mai 1921).
- *The medical profession and health insurance*.
- CROUZON. — *Les assurances sociales*. 1 vol., Paris 1930.
- DALLY. — *Petit coup d'œil sur l'assurance-maladie en Europe*. (Concours médical, 14 nov. 1934).
- *L'action préventive des compagnies d'assurances américaines*. (Presse Médicale, 14 déc. 1935).
- *La médecine préventive et les A.S.* (La prophyl. anti-vénérienne, juillet 1935).
- DECOURT (D^r F.). — *Enquête sur l'assurance-maladie en 1931 dans divers pays*. (Rev. Internat. de méd. profess. et soc., août 1931).
- DIDIER (M.). — *A propos du contrôle médical des assurés sociaux et de la question des relations entre dispensaires et caisses*. (Bulletin de la Société des médecins de Sana. et de disp. d'H.S., octobre 1932).
- DUHAMEL. — *La lutte contre les fléaux sociaux en Alsace et en Lorraine par les A.S.* (Rev. philanthropique, 5 juin 1928).
- EYLAUD. — *Les A.S. en France et la protection de la santé publique*. (1 vol., Paris, Alcan, 1929).
- FAUVRE. — *Construction d'établissements de soins ou de prévention par les caisses d'Assurances sociales, dans le plan départemental ou interdépartemental*. (Rev. des Hôpitaux, nov. 1933).
- FORESTIER. — *Les assurances à l'étranger et la tuberculose*. (Rev. de phthisiol., mars-avril 1929).

- FRANK. — *Der zukünftige Vertrauensarzt*. (Die Reichsversicherung. Heft 2, 1932).
- GARNAL. — *La refonte de la loi sur les A.S. et l'organisation de la médecine sociale*. (Rev. des Hôp., 30 septembre 1935).
- GOLDMANN (Franz) et GROTHJAHN. — *Les prestations de l'assurance-maladie allemande du point de vue de l'hygiène sociale*. (1 vol., B.I.T., série M, 1928, Genève).
- HARRIS (R.-W.) et L. SHOETEN SACK. — *Medical Insurance practice*. 3^e édit. 1929, Londres. (British medical association).
- HAYEM. — *Les assurances sociales et l'hygiène publique*. (L'Informateur Médical, 5 janvier 1930).
- ICHOK. — *L'assurance-maladie et la santé publique en Allemagne*. (Rev. d'Hyg. et de Méd. prév., 1930, p. 451).
- INGENBLECK. — *L'assurance invalidité. Contribution statistique et financière. L'expérience d'Alsace-Lorraine*. (1 vol., Jouve et C^{ie}, 1919).
- JAVAL. — *Les folies de la loi folle*. (L'Hyg. Soc., p. 2489).
- KITASHOMA. — *A medical aspect of the Health Insurance of Japan*.
- KOELSCH. — *Technique de l'éducation hygiénique*. (Munich et Berlin, 1912).
- LECLERC (Prof. J.). — *Les commissions techniques médicales dans l'application de la loi sur les A.S.* (Paris Médical, 18 nov. 1933).
- LUTRARIO. — *La mortalité par tuberculose en Italie*. (Bull. de l'Off. internat. d'hyg. publ.).
- MAC CLEARY. — *National Health Insurance*. (1 vol., H.-K. Lewis, Londres, 1932).
- MALLARD. — *Le rôle des A.S. dans l'organisation technique et administrative de la protection de la santé publique*. (C.R. du XVIII^e Congrès d'hyg., Paris, oct. 1931).
- MALNOURY et GASCARD. — *L'organisation de la prévention en matière d'Assurance sociale*. (XX^e Congrès intern. de la Mutualité et de la Coopération agricole, 30 juin 1932).
- NIETSCHKE. — *Arbeiterschütz*. 1930, n^o 16, p. 328, Vienne.

- NOIR (J.). — *La fonctionnarisation de la médecine*. (Concours médical, 28 juillet 1935).
- OSIOWSKI. — *L'outillage sanitaire des caisses maladie*. (Vie Sociale, avril 1930).
- PARISOT (Prof. J.). — *Dix années de fonctionnement de l'Office d'Hygiène sociale*. (1 vol., Nancy).
- *L'activité de l'O.H.S. au cours de l'année*. (Rapport de l'assemblée annuelle à la préfecture, années 1930 et suiv.).
 - *Les A.S. en France, ce que l'on en doit craindre et espérer. Les enseignements de l'étranger. Aperçu médico-social*. (Rev. d'Hyg. et de Méd. soc., janv. 1930).
 - *La collaboration des institutions d'A.S. et de l'organisation de l'hygiène*. (XVIII^e Congrès d'Hyg., Paris, oct. 1931).
 - *Une éducation appropriée est indispensable pour le développement de la médecine préventive et sociale, spécialement dans le domaine des A.S.* (Rev. d'Hyg. et de Méd. soc., janv. 1932).
 - *La collaboration, base de l'action sociale*. (Rev. d'Hyg. et de Méd. soc., avril 1932).
 - *Pour un développement plus rationnel de l'hygiène en France. Comment le corps médical pourrait apporter un concours pratique et fructueux*. (Rev. d'Hyg. et de Méd. soc., juillet 1933).
 - *Le rôle de l'assurance-invalidité en matière d'assistance médicale curative et préventive*. (Rev. d'Hyg. et de Méd. prév., janv. 1935).
 - *Une politique hospitalière*. (Solidarité, février 1934).
 - *Un programme d'équipement sanitaire s'impose dans le projet d'équipement national*. (Rev. d'Hyg. et de Méd. soc., mai 1934).
 - *Le rôle des assurances sociales dans le domaine de la prévention et de l'hygiène sociale*. (Rapp. au Congrès national des Caisses départementales, 2 juin 1934, Paris).
 - *Rapport au Congrès des Caisses départementales, août 1935*.

- PARISOT (Prof. J.) et GIRY. — *Comment régler la collaboration des A.S., des dispensaires d'hygiène et du corps médical.* (Siècle Médical, 15 mars 1930).
- PELOUX (M^{lle} Christiane). — *Les Assurances sociales et la prévention.* (Thèse de l'Ecole pratique du service social, 1932).
- PETIT-ROUSSEL. — *Les assurés sociaux dans les stations thermales.* (Moniteur des A.S., mai 1934).
- PASQUIER (du). — *Orientation sociale du thermo-climatisme.* (Arch. méd. clin. de Normandie, oct. et nov. 1933).
- QUINIOU. — *L'assurance invalidité.* (1 vol., Delmas, Chapon, Gounouilhou, Bordeaux, 1935).
- RIVIÈRE et LOISY. — *Etude sur l'organisation des contrôles administratif et médical des caisses d'assurances sociales.* (XX^e Congrès des A.S. et des Alloc. famil., Bordeaux, juin 1932).
- ROESLE. — *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité.* (Organisation d'hygiène de la S.D.N., n° C. H 730, Genève 1928).
- ROUBAKINE. — *La protection de la santé publique en U.R. S.S.*
- SAND. — *Le rôle préventif des A.S. en Belgique.* (Bull. de la prévoy. sociale et de l'hyg., avril 1933).
- SICARD DE PLAUZOLLES. — *Les maladies vénériennes et les A.S. dans le Reich et en France.* (La Prophyl. antivénér., nov. 1935).
- SIMONS (A.-M.) et NATHAN SINAI. — *The way of Health Insurance.* (1 vol., 1932).
- SOTTSTEIN, TELEKY et SKLOSSMANN. — *Handbuch der Gesundheitsfin.* (Vogel).
- STRAUSS (Paul). — *Les bienfaits des Assurances sociales pour la santé publique.* (Bull. de l'Académie de Méd., 3 déc. 1929).
- STROH. — *L'orientation synergique des A.S. et des œuvres en matière de prévention dans les anciens et dans les nouveaux départements.* (Ann. d'Hyg., mai 1934).

— *Collaboration des caisses d'assurance et des œuvres de puériculture dans la lutte contre la mortalité infantile en en deçà et au delà des Vosges.* (Ann. d'Hyg., mars 1935).

TIXIER (A.). — *Le service médical de l'assurance sociale.* (Conf. Madrid 1935, in différentes revues franç et étrang.).

TOLAR. — *L'appréciation de l'état sanitaire et de la constitution physique aux examens préventifs périodiques des ouvriers Bata, à Zlin.*

VANVERTS. — *Le rôle du contrôle.* (Journal des A.S., juin 1935).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	Pages II
INTRODUCTION	17

PREMIÈRE PARTIE

DIRECTIVES PRÉCONISÉES OU SUIVIES JUSQU'A PRÉSENT

CHAPITRE PREMIER. — <i>Les directives dans les textes législatifs français</i>	25
a) Loi primitive	25
b) Les modifications de 1935	26
CHAPITRE II. — <i>Les directives de l'organisation internationale du travail en matière de prévention dans le cadre des A.S.</i>	33
CHAPITRE III. — <i>Les enseignements et les directives extraits des systèmes d'assurance de différentes nations</i>	51
I. — Moyens d'investigation	51
II. — L'exemple de 15 nations: Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Grande-Bretagne et Irlande du Nord, Hongrie, Italie, Japon, Norvège, Pays - Bas, Suisse, Tchécoslovaquie, U.R.S.S., Yougoslavie	53

III. — Considérations générales sur la documentation internationale	157
---	-----

CHAPITRE IV. — <i>Les directives que l'on peut extraire des projets successivement élaborés en France</i>	163
1. — Avant juin 1934	164
2. — Extraites des Congrès de 1934	166
3. — Les plans Marquet et Queuille	172
4. — Les Congrès de 1935	174
5. — Situation créée par les décrets d'octobre 1935 et du 24 avril 1936	175
6. — En résumé	179
7. — Les dépenses en 1933 et 1934	180
8. — Directives particulières à l'engagement des dépenses de prévention	184

CHAPITRE V. — <i>Directives d'exemple puisées dans l'action des Caisses de la Région parisienne</i>	187
1. — La politique sanitaire de l'Union des Caisses de la Région parisienne (avec modèles de conventions)	187
2. — La Caisse inter de Seine et S.-et-O.	199
a) Méthodes du service social	199
b) Directives de base du service des cures et repos	204
c) Exemple d'un centre de diagnostic	208
d) L'éducation du personnel	209

CHAPITRE VI. — <i>Directives d'exemple offertes par la collaboration en Meurthe-et-Moselle</i>	213
1. — Le développement des moyens de protection de la santé publique par la collaboration	213
2. — Origines et composition du Comité	214
3. — Rôle d'un médecin hygiéniste attaché au Comité de collaboration	217
4. — L'activité du Comité depuis 1931	219

DEUXIÈME PARTIE.

LES DIRECTIVES A PRÉCONISER

	Pages
CHAPITRE VII. — <i>Quelques directives morales</i>	238
CHAPITRE VIII. — <i>Le conseil technique</i>	243
CHAPITRE IX. — <i>Sur la nécessité et sur la constitution de la statistique</i>	249
CHAPITRE X. — <i>Directives pour quelques actions préventives spéciales</i>	263
1. — Directives pour la prophylaxie antituberculeuse	263
2. — Directives pour cure thermale ou balnéaire.	268
3. — Comment réaliser économiquement la prophylaxie dentaire	271
4. — Comment les assurances peuvent s'intéresser à la surveillance médicale scolaire..	272
CHAPITRE XI. — <i>Mesures à prendre pour l'éducation des assurés</i>	275
CHAPITRE XII. — <i>Suggestions pour la protection des travailleurs</i>	279
CHAPITRE XIII. — <i>Directives en cas de transformation du système assurantiel français</i>	285
CONCLUSIONS FIXANT DES DIRECTIVES GÉNÉRALES	287
BIBLIOGRAPHIE	295

Vu :
Nancy, le 7 juillet 1931,
Le Président de thèse,
Pour M. J. PARISOT, absent de Nancy,
M. PERRIN.

Vu et approuvé :
Nancy, le 7 juillet 1936,
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 8 juillet 1936,
Le Recteur de l'Académie,
L. BRUNTZ.
Président du Conseil de l'Université.

